compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

24 NOV 2025

Cod 678 Cajas Fernando Alvarez Angel

SUJETO A VERIFICACIÓN

Fecha de Radicación (Día Mes Año) 24-11-2025

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

03

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

4. Apellidos y nombres	Olaya	Johanna	Andrea
5. Tipo de documento de identidad	CC	52 252144	
7. Sexo biológico	Femenino X	Masculino	
8. Sexo identificación	F X	M	T	Otro	Cual?
9. Nacionalidad	Colombiana	10. Lugar de nacimiento	Colombia C/marca	Bogota	11. Fecha de nacimiento (Día Mes Año) 28/07/74

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

13. Etnia	17. Discapacidad	18. Ocupación	Categoría de ocupación
19. Tiene régimen especial?	20. Identificación SISBEN	21. Grupo de población especial	22. Autoreconoce en Vengo Libertad - ART.
23. Autoriza débito de Pensiones	Colpensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC $1423500	25. Tarifa cotización turística	26. Residencia	Cra 7H Bis # 159-44 Piso 2
	3143154290	alayandrea@gmail.com	C/marca
	Bogotá	Usaquén	Zona: Cabecera Municipal X Centro Poblado Rural Disperso Rural Ribereño

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres															
28. Tipo de documento de identidad		29. Número de documento de identidad		30. Sexo biológico	Femenino	Masculino	31. Sexo identificación	F	M	T	NB	Otro	Cual?	32. Lugar de nacimiento			33. Fecha de nacimiento (Día Mes Año)
32. Nacionalidad														País	Departamento	Municipio	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	27. Apellidos y nombres	28. Tipo de documento de identidad	29. No. de documento de identidad	30. Nacionalidad	31. Sexo biológico		32. Sexo identificación						33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día Mes Año)
					Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual?	País	Departamento	Municipio	
01																
02																
03																
04																
05																

Datos complementarios del Beneficiario

	35. Parentesco	36. Etnia	37. Discapacidad	38. Lugar de ubicación especial	39. Tiene régimen especial?		40. Identificación SISBEN		41. Ocupación			42. Ocupación personalizada	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de ocupación	SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

	43. Lugar de residencia					44. Teléfono fijo y/o celular	45. Valor de la UPC (el valor debe ser igual al registrado en la BDUA)
	Departamento	Municipio / Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	
01							
02							
03							
04							
05							

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

FOR-GTSV-1.0-003 V003

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | salud eps

	SI	NO
¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico? SI: ☐ Correo electrónico: _____ NO: ☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud	X	

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: 52252144

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad, y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

24 NOV 2025

Cod 678 Clara Fernanda Alvarez Angel

SUJETO A VERIFICACIÓN

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mis información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadísticos sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales será transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En consentancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Si ☐ No ☐

Firma del afiliado: _____

No. Identificación: 52252144

Vigilado Supersalud

FOR-EPSVTA-0002 V02

Vigilado Supersubsidio

	11. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	12. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
1		
81		
82		
83		
84		
85		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

15. Nombre o razón social		
16. Tipo de documento de identificación	17. Número del documento de identificación	18. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
19. Dirección		

B. REPORTE DE NOVEDADES

20. Tipo de Novedad:

- 1. Modificación de datos básicos de identificación
- 2. Corrección de datos básicos de identificación
- 3. Actualización del documento de identificación
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
- 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código:
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- 9. Inicio de relación laboral o ejecución de condiciones para cotizar
- 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- 11. Inscripción EPS retorno al país
- 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
- 15. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
- 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- 17. Reporte del estado de protección al cesante
- 18. Reporte de la calidad de Prepensionado
- 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

21. Datos básicos de identificación			
Tipo de documento de identidad	19. Número de documento de identidad	22. Sexo Biológico: Femenino / Masculino	23. Otra identificación: F / M / I / NB / Otro / Cual?
24. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	25. EPS anterior		
26. Fecha de afiliación (Día - Mes - Año)	27. Número de Celular	28. Código de Caja de Compensación Familiar a Reportar de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 29. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- 30. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- 31. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios
- 32. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- 33. Autorización para que la EPS solicite y obtenga copia o copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- 34. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a los entidades públicas que por sus funciones lo requieran
- 35. Autorización para que la EPS envíe mensajes de texto, correos electrónicos o por cualquier otro medio de voz
- 36. Autorización para que la EPS envíe información de correo electrónico o por cualquier otro medio de texto
- 37. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y no realizar los aportes correspondientes
- 38. Aceptación de la actualización del grupo familiar y los aportes en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

39. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que va hacer cargo del pago de la contribución solidaria			
Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

40. Firma del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional	41. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

- 42. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: 01 02 03 04 05 06 07
- 43. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- 44. Copia del registro civil de nacimiento, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- 45. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- 46. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- 47. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- 48. Documento en que conste la petición de la parte interesada, o el certificado de defunción de los padres o la declaración ausencia por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- 49. Copia de la acreditación de hallarse por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
- 50. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 51. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste el cabeza de beneficiarios o se ordene la afiliación de oficio

Total anexos:

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

52. Identificación de la Entidad Territorial	Código del departamento	Código del municipio	53. Nombre de la institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

54. Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	55. Firma del funcionario	

56. Fecha de radicación (Día - Mes - Año): 24-11-2025

57. Fecha de vencimiento (Día - Mes - Año):

OBSERVACIONES: Cot 5257 1844

Apoyo de Nacimiento Copia Registro Civil Copia Cedula Madre

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y da las declaraciones consignadas

24 NOV 2025

SUJETO A VERIFICACIÓN

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersalud