compensar | salud eps

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

COMPENSAR 03 DIC 2025 (Cód. 671) Jorge Iván Aguilera Aguilera SUJETO A VERIFICACIÓN
Sello asesor

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 03-12-2025

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [✓]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o Cabeza de Familia [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [✓]; B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria: Si [ ] No [✓]

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [✓]; B. Cabeza de Familia [ ]; C. Beneficiario [ ]; D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ]; B. Independiente [✓]; C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS): 59

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

8. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Diaz | Segundo Apellido: Ruiz | Primer Nombre: Whotfan | Segundo Nombre: Fernando

9. Tipo de documento de identidad: CC

10. Número de documento de identidad: 1016030504

11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]

12. Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

13. Nacionalidad: Colombia

14. Lugar de nacimiento: Colombia | Bogotá | Bogotá

15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 01/11/1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia: —

17. Comunidad: —

18. Discapacidad Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad: Whotfan F. Diaz R.

19. Tiene encuesta SISBÉN Si [X] No [ ]

20. Clasificación SISBÉN Nivel: 0 Grupo: 3

21. Grupo de población especial: —

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: 160 Sconte

23. Administradora de Pensiones: Colpensiones

24. Ingreso base de cotización - IBC: 4'423.500

25. Tarifa Contribución Solidaria: —

26. Residencia: Kr 81 D # 13 F 45

Teléfono: 3139482612

Correo Electrónico: Whotfan.drogma.l.com

Bogotá | Kennedy

Zona: Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

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: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

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 [ ] Cuál?

32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio

34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

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

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSVTA-0002 V002

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

54. Código de la IPS

C

B1

B2

B3

B4

B5

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

55. Nombre o razón social

56. Tipo de documento de identificación

57. Número del documento de identificación

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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.
- X 9. Inicio de relación laboral o adquisición 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 de [illegible] de protección al cesante
- 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado
- 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

61. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad

10. Número de documento de identidad

62. Sexo biológico: Femenino / Masculino

63. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cuál?

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)

67. Motivo de traslado: Cod.

68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

Wholton F. Diaz Ruiz

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- 82. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PT
  Cantidad de documentos de identidad anexos:
- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 85. 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.
- 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio / Código del departamento

93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad

Número de documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)

03-12-2025

97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES

CC 1016030504 - Ind - 59 Afiliado mediante Extintax retiro ultimo mes te CC en archivo

03 DIC 2025

Cel 671 Jorge Iván Aguilera Aguilera
SUJETO A VERIFICACIÓN

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio