compensar | salud eps

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

26 SEP 2025

SUJETO A VERIFICACIÓN

No. de Radicación | Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 26/09/2025

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Novedades [✓]
2. Tipo de Afiliación: A. Entidad Territorial • Cotizante o cabeza de familia [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Convenio [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]
4. Cotización 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 de registro ante la EPS: 01

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

8. Apellidos y nombres	ZUÑIGA	PEREZ	ALEXANDRA	SOFIA			
9. Tipo de documento de identidad	CC	10. Número de documento de identidad	51.940.989	11. Sexo biológico: Femenino [✓] Masculino [ ]	12. Sexo identificación: F [✓] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?		13. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) 10/07/1969
14. Nacionalidad	COLOMBIA	15. Lugar de nacimiento	COLOMBIA	SUCRE	OVEJAS		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad: Si [ ] No [✓]	Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN: Si [ ] No [✓]	20. Clasificación SISBEN: Nivel [ ] Grupo [ ]	21. Grupo de población especial		22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	SURA
23. Administradora de Pensiones	COLPENSIONE	24. Ingreso Base de cotización - IBC	4.000.000	25. Tarifa Cotización Solidaria	26. Residencia: CRA 4 ESTE # 11 - 16
27. Teléfono fijo y/o celular	3114626904	28. Correo Electrónico	alexzuigap@gmail.com		BOGOTA
29. Dirección	BOGOTA	30. Localidad/Comuna	san cristobal	Zona: Cabecera Municipal [✓] 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)

31. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
32. Tipo de documento de identidad	33. Número de documento de identidad	34. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]	35. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?		
36. Nacionalidad	37. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	38. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	

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

	39. Apellidos y nombres				40. Tipo de documento de identidad	41. No. del documento de identidad	42. Nacionalidad	43. Sexo biológico		44. Sexo Identificación					45. Lugar de nacimiento			46. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual?	País	Departamento	Municipio	
B1																			
B2																			
B3																			
B4																			
B5																			

Datos complementarios del Beneficiario

	47. Pertenencia Étnica	48. Pinza	49. Comunidad	50. Grupo de población especial	51. Tiene encuesta SISBEN		52. Clasificación SISBEN		53. Discapacidad			54. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	55. Datos de residencia						56. Teléfono fijo y/o celular	57. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	58. Dirección	59. Localidad/Comuna	60. Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	11. Nombre de la Administradora Prestadora de Servicios de Salud - EPS	54. Código de la EPS la registra 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	CONSORCIO AGH-C&C-SEIPRODEG CIUDAD VERDE		
16. Tipo de documento de identificación: NIT	17. Número del documento de identificación: 901980651-7	18. Tipo de aportante o pagador de pensiones la registra por la EPS	
19. Dirección:	CALLE 4 # 20 A - 06		Continúa Ajax a Celular
3158823687	alenrope@hotmail.com	cesar	valledupar

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.
- ☑ 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 del trámite 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	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
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)	19-09-2025	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 acrediten la condición de beneficiarios.
- ☐ 72. Declaración de no inclusión 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.
- ☑ 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

75. 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	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad			

IX. FIRMAS

Alvaro Zuga	Alvaro Rodriguez Perez
60. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	61. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CT PA CE CD SC PT
- ☐ 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 ausente 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 los 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	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Fecha del funcionario		

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)
26/09/2025	

CONFIDENCIAL 26 SEP 2025 SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES

CC 5 1940989- Aporte oct/25
Empresa se radica en la misma fecha de afiliación

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

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

V002

FOR-EPS-174-0001