compensar | salud eps

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

26 SEP 2025
Cod. 655 Línea Preferencial Ciudadanos USUARIO 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 for- mulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de novedades [✓]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectiva [ ] 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 (a registrar por 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	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	TOCORA	BRIÑEZ	SANDRA	MILENA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico: Femenino [✓] Masculino [ ]	12. Sexo identificación: F [✓] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
CC	52.753.185			15/07/1981

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia: — | 17. Comunidad: — | 18. Discapacidad: Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad: N/A

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN: Nivel / Grupo	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	26. Residencia
Si [ ] No [ ]	—	—	SURA	CARRERA 12B # 19 - 66

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa (Cotización Tarifa Ley)		
PORVENIR	3.500.000	—		BOGOTA

			Zona	
N/A	3045650841	samyto81@gmail.com	Cabecera Municipal [✓] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]	
BOGOTA	SOACHA			

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

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio

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

	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	N/B	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 SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: 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-EP-IVTA-0052 V002

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

81		51. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
82			
83			
84			
85			

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

55. Nombre o razón social		CONSORCIO AGH-C&C-SEIPRODEG CIUDAD VERDE	
56. Tipo de documento de identificación	NIT	57. Número del documento de identificación	901980651-7
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)			
59. Ubicación			
3158823687	CALLE 4 # 20 A - 06	alenrope@hotmail.com	cesar valledupar

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.
9. Inicio de relación laboral o adquisición de cotizaciones para cotizar.

B. REPORTE DE NOVEDADES

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 SEGUN 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 Fondo 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 causas 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	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre / Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

Santa Milena	Alvaro Rodriguez Perez
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, CE, 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. Certificacion 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	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	

COMFAGUAJIRA
26 SEP 2025
Cod. 033 Línea Preferencial Usuarios
SUJETO A VERIFICACIÓN

OBSERVACIONES

Cl. 5275318 - Apart Oct/25
Empresa se radica en la misma fecha.

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.