BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ MORENO** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 52.835.129** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130079000200062865** aperturada el **09 de febrero de 2012**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **079062865**
10 dígitos: **0079062865**
16 dígitos: **0079000200062865**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **11** de **febrero** de **2026** a las **15:55**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA

FIRMA AUTORIZADA
BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARI

Powered by CamScanner

compensar | salud eps

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

11 FEB 2026
Cód. 697 Liliana Rocio Cuartas Barrera
SUJETO A VERIFICACIÓN
Sello asesor

No. de Radicación | Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 11/02/2026

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual [ ]	A. Contributivo [ ]	SI [ ]	A. Cotizante [ ]	A. Dependiente [ ]	09
B. Reporte de Novedades [X]	• Cotizante o cabeza de Familia [X]	B. Subsidiado [ ]	NO [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [X]	
	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]			C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	B. Colectiva [ ]			D. Afiliado adicional [ ]		
	C. Institucional [ ]					
	D. De oficio [ ]					

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

8. Apellidos y nombres			
Rodriguez	Moreno	Maria del	Carmen

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
					País	Departamento	Municipio	
CC	52835129	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	Colombia	Colombia	Boyaca	Ventaquemada	25/02/1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [X]	Nivel [ ] Grupo [ ]		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia	Teléfono Fijo	Celular	Correo Electrónico	Departamento
Colpensiones	1.750.910	0	Cra 89 Bis # 50-04 sur		3143007890	mariacarmenrodriguez328@gmail.com	Cundinamarca

Municipio	Barrio	Zona
Bogotá	Boso Bilbao	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	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
					País	Departamento	Municipio	
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?					

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		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

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

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V002

FOR-EPS-VTA-0002

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Powered by CamScanner