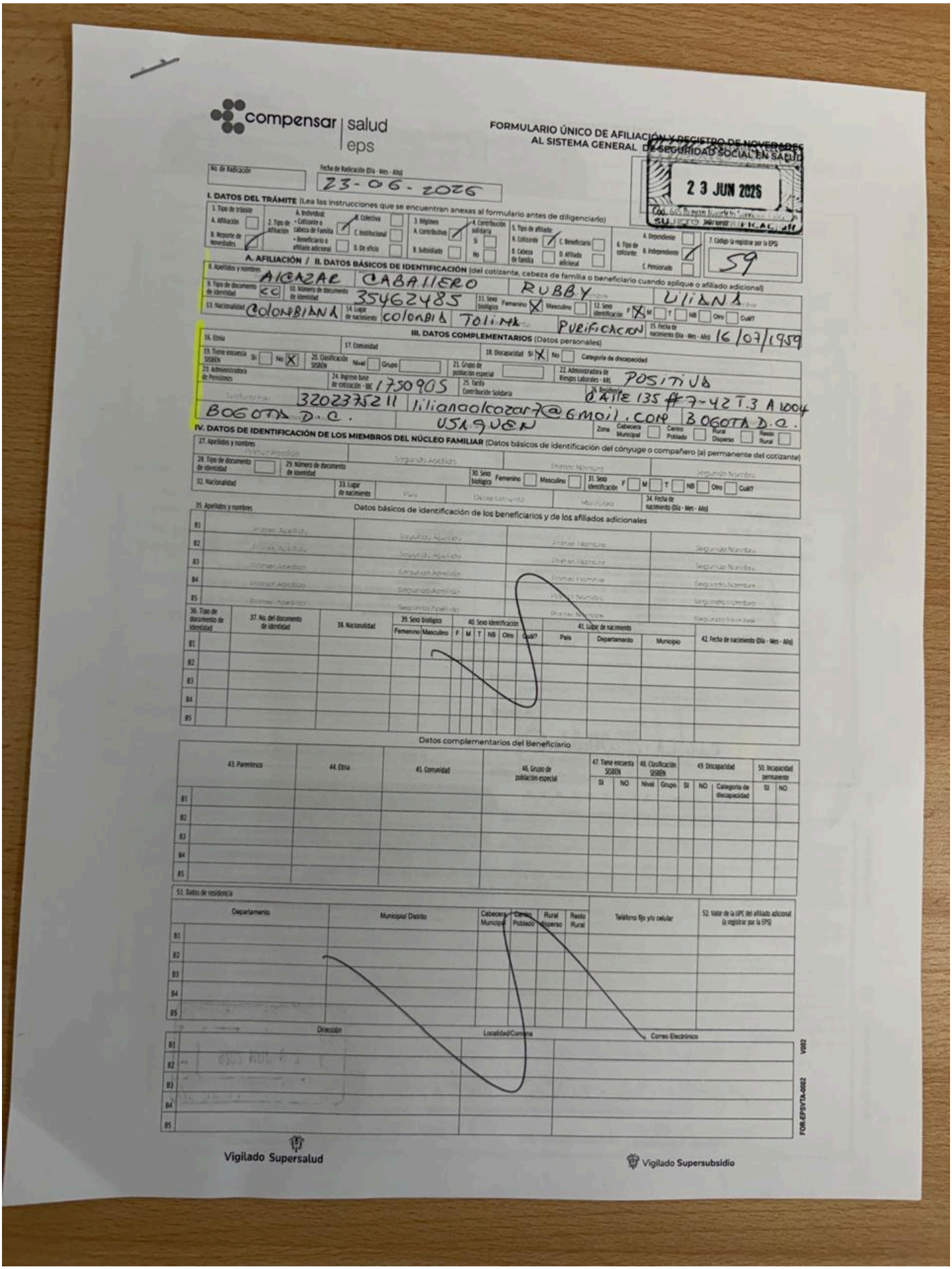


compensar | salud eps

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

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año) 23-06-2026

23 JUN 2026

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: ALCAZAR CABALLERO RUBBY ULIANA
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número de documento de identidad: 35462485
11. Sexo biológico: Femenino [X] Masculino [ ]
12. Sexo identificación: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: COLOMBIANA
14. Lugar de nacimiento: COLOMBIA TOLIMA PURIFICACION
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): 16/07/1959

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad SI [X] No [ ] Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN Si [ ] No [X]
20. Clasificación SISBEN Nivel [ ] Grupo [ ]
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA
23. Administradora de Pensiones
24. Ingreso base de cotización - IBC: 1750905
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: CALLE 135 #7-42 T.3 A 1004
Teléfono fijo: 3202375211
Correo Electrónico: lilianaalcazar7@gmail.com
Ciudad: BOGOTA D.C. Departamento: BOGOTA D.C.
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)

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 [ ] 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	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)
B1					Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cuál?	País / Departamento / Municipio	
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN SI	47. Tiene encuesta SISBEN NO	48. Clasificación SISBEN Nivel	48. Clasificación SISBEN Grupo	49. Discapacidad SI	49. Discapacidad NO	49. Discapacidad Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente SI	50. Incapacidad permanente 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			

V002

FOR-EPSVTA-0002

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio