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): 23-09-2026

23 SEP 2026
Cod 680 Angela Jeanneth Erazo López
SUJETO A VERIFICACIÓN

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: • Cotizante o cabeza de Familia ☐ • Beneficiario o afiliado adicional ☐	A. Contributivo ☐	Si ☐	A. Cotizante ☐	A. Dependiente ☐	03
B. Reporte de Novedades ☐	B. Colectiva ☐	B. Subsidiado ☐	No ☐	B. Cabeza de familia ☐	B. Independiente ☐	
	C. Institucional ☐			C. Beneficiario ☐	C. Pensionado ☐	
	D. De oficio ☐			D. Afiliado adicional ☐		

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: Ortegon	Segundo Apellido: Castellanos	Primer Nombre: Maira	Segundo Nombre: Paula

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)
CC	1075666068	Femenino X Masculino ☐	F X M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?	Colombiana	País: Colombia Departamento: Cundinamarca Municipio: Bogotá	11 02 1992

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 ☐	Nivel ☐ Grupo ☐		

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
Porvenir	1750905		Dirección: Calle 3a Nº 8a-04

Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Departamento	Municipio	Zona
	3108623902	Pau.ortegonc@gmail.com	Cundinamarca	Zipaquirá	Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado X 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)
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?		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	Rodriguez	Ortegon	Juan	Daniel
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	39. Sexo biológico: 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	TI	1096248090	Colombiana		X		X					Colombia	Cundinam.	Chia	16 12 2012
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	47. NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1	Hijo									X			X
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	Cundinamarca	Zipaquira		X			3108623902	
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1	Calle 3a Nº 8a-04	Barandillas	Pau.ortegonc@gmail.com
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-PMS-0001 - 001

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Scanned with CamScanner