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): 18 09 2026

Compensar B — 18 SEP 2026 — Sello nuevo — Cód. 632 Omaira Sierra Niño — 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 | A. Dependiente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación [ ] | A. Individual. • Cotizante o cabeza de Familia [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] | A. Contributivo [ ] | Si [ ] | A. Cotizante [ ] | B. Independiente [X] | Código (a registrar por la EPS): 64 |
| B. Reporte de Novedades [X] | B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] | B. Subsidiado [ ] | No [ ] | B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ] | C. Pensionado [ ] | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| | Abril | Malagon | Sonia | Maritza |

| 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 | 52527583 | Femenino [X] Masculino [ ] | F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál? [ ] | Colombia | Bogotá | 23 04 1979 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ninguna | | Si [ ] No [X] | Si [ ] No [X] | Nivel [ ] Grupo [ ] | | Sura |

| 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria | 26. Residencia |
|---|---|---|---|
| Colpensiones | 2.930.000 | | Cl 1c 52 F 21 |

| Teléfono | Celular | Correo electrónico | Departamento |
|---|---|---|---|
| 3224307 | 3104811207 | Soniaabril1529@gmail.com | Bogotá |

| Distrito | Localidad | Zona |
|---|---|---|
| Bogotá | Puente Aranda | 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 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 | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. Tiene encuesta SISBÉN: NO | 48. Clasificación SISBÉN: Nivel | 48. Clasificación SISBÉN: 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 | | | |

FOR-PBS-0001 - 001

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Scanned with CamScanner

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | 18 09 2026 | 1158. |
| B4 | | |
| B5 | | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 55. Nombre o razón social | | | |
| 56. Tipo de documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) | |
| 59. Ubicación | Dirección | | Teléfono fijo o Celular |
| Teléfono fijo o Celular | Correo electrónico | Departamento | Municipio/Distrito |

## 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.
- ☑ 9. 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) | | 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 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

| | |
|---|---|
| 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 CC 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. Certificación 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. Firma del funcionario | |

| 96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año) | 97. Fecha de validación (Día - Mes - Año) |
|---|---|
| 18 09 2026 | |

Compensar B1
18 SEP 2026
Cód. 632 Omaira Sierra Niño
SUJETO A VERIFICACIÓN
Sello asesor

OBSERVACIONES

CC. 52527588
Aporte septiembre, paga en octubre
Retiro x planilla

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

FOR-PMS-0001 - 001

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Scanned with CamScanner