

09 SEP 2025

Cód. 675 Andrea Paola Herrera Suárez
SUJETO A VERIFICACIÓN

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

09-09-2025

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

1. Tipo de trámite	A. Individual	B. Colectiva	C. Institucional	D. De oficio	E. Subsidio	F. Contribución solidaria	G. Cotizante	H. Cabeza de familia	I. Afiliado adicional	J. Pensionado	K. Dependiente	L. Código la registrar por la EPS
A. Afiliación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Reporte de Novedades	<input checked="" type="checkbox"/>											

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

8. Apellidos y nombres	Torres Aristizabal	Santiago												
9. Tipo de documento de identidad	C.C.	10. Número de documento de identidad	1026305099	11. Sexo biológico	Femenino	Masculino	12. Sexo Identificación	F	M	X	T	NB	Otro	Cuil?

13. Nacionalidad Colombia 14. Lugar de nacimiento Bogotá Bogotá 15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) 06-04-1999

16. Etnia	N/A	17. Comunidad	N/A	18. Discapacidad	Si	No	Categoría de discapacidad			
19. Tiene encuesta SISBEN	SI	No	<input checked="" type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBEN	Nivel	Grupo	21. Grupo de población especial	N/A	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	SURA
23. Administradora de Pensiones	COLPENSIONES	24. Ingreso base	11423.500	25. Tarifa	Contribución Solidaria	26. Residencia	Calle 71 f Sur # 79-43			
N/A	3112601473	33. Lugar de nacimiento	Bosa.	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)		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	Cuil?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)										

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales												
B1	Primer apellido		Segundo apellido		Tercer apellido		Cuarto apellido		Quinto apellido		Sexto apellido	
B2	Primer apellido		Segundo apellido		Tercer apellido		Cuarto apellido		Quinto apellido		Sexto apellido	
B3	Primer apellido		Segundo apellido		Tercer apellido		Cuarto apellido		Quinto apellido		Sexto apellido	
B4	Primer apellido		Segundo apellido		Tercer apellido		Cuarto apellido		Quinto apellido		Sexto apellido	
B5	Primer apellido		Segundo apellido		Tercer apellido		Cuarto apellido		Quinto apellido		Sexto apellido	

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente		
B1				SI	NO	Nivel Grupo	Si No	Categoría de discapacidad	Si No
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							

B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

C	53 Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54 Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1	Autopista Sur	
B2		
B3		
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	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
56. Tipo de documento de identificación		
59. Ubicación		
60. Teléfono fijo o Celular	61. Correo electrónico	62. Domicilio

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad	61. 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 <input checked="" type="checkbox"/>	62. 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir colzando. 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: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Régimen Subsidio	63. 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input checked="" type="checkbox"/> 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	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado Cod. <input type="checkbox"/>	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 intermisión 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 Sisben 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	Documento de identidad	Documento de identidad
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 Cantidad de documentos de identidad anexos: <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT 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 <input type="checkbox"/>
--	---

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

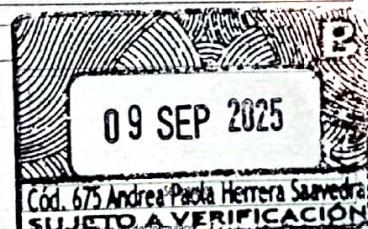
92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución
XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL			
94. Apellidos y nombres	Documento de identidad	Firma del funcionario	
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		
95. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	96. Fecha de validación (Día - Mes - Año)		

OBSERVACIONES:

Aporte Septiembre pago octubre
Novedades de retiro pur el operador
de pago

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones con

Vigilado Supersalud



Vigilado Supersubsidio

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y
DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL
EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

SI NO

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?

¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?

SI: Correo electrónico:

NO: Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado:

No. Identificación: 1026305099

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar:



Identificación: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección: _____

de domicilio: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: <https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos>.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - planilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al

interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que Compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realizará el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace <https://corporativo.compensar.co/nos-escuchamos> o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A - 47, ventanilla de correspondencia.

Si No

Firma del afiliado:

No. Identificación: 1026305099