



No. de Radicación: 09-09-2025  
Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

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

|   |  |   |  |  |   |   |
|---|--|---|--|--|---|---|
| 1. Tipo de trámite<br>A. Afiliación <input type="checkbox"/><br>B. Reporte de novedades <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Tipo de Afiliación<br>A. Individual<br>- Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/><br>- Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/><br>B. Colectiva <input type="checkbox"/><br>C. Institucional <input type="checkbox"/><br>D. De oficio <input type="checkbox"/> | 3. Régimen<br>A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Subsidiado <input type="checkbox"/> | 4. Contribución solidaria<br>Si <input type="checkbox"/><br>No <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Tipo de afiliado<br>A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/><br>C. Beneficiario <input type="checkbox"/><br>D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/> | 6. Tipo de cotizante<br>A. Independiente <input checked="" type="checkbox"/><br>B. Dependiente <input type="checkbox"/><br>C. Pensionado <input type="checkbox"/> | 7. Código para registrar por la EPS<br>03 |
|---|--|---|--|--|---|---|

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

|   |   |  |  |  |                                |  |   |
|---|---|--|--|--|--------------------------------|--|---|
| 8. Apellidos y nombres<br>Torres Aristizabal Santiago | 9. Tipo de documento de identidad<br>Ed | 10. Número de documento de identidad<br>1026305099 | 11. Sexo biológico<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input checked="" type="checkbox"/> | 12. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/><br>M <input checked="" type="checkbox"/><br>T <input type="checkbox"/><br>NB <input type="checkbox"/><br>Otro <input type="checkbox"/><br>Cuál? <input type="checkbox"/> | 13. Nacionalidad<br>Colombiano | 14. Lugar de nacimiento<br>Colombia Bogotá | 15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)<br>06-04-1999 |
|---|---|--|--|--|--------------------------------|--|---|

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

|                  |                      |  |  |  |  |   |  |   |                                   |  |  |
|------------------|----------------------|--|--|--|--|---|--|---|-----------------------------------|--|--|
| 16. Etnia<br>N/A | 17. Comunidad<br>N/A | 18. Discapacidad<br>Si <input type="checkbox"/><br>No <input checked="" type="checkbox"/><br>Categoría de discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBEN<br>Si <input type="checkbox"/><br>No <input checked="" type="checkbox"/> | 20. Clasificación SISBEN<br>Nivel <input type="checkbox"/><br>Grupo <input type="checkbox"/> | 21. Grupo de población especial<br>J/A | 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL<br>SULA | 23. Administradora de Pensiones<br>Compensar | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>11428.500 | 25. Tarifa Contribución Solidaria | 26. Residencia<br>Calle 71 f Sur # 79-43 | 27. Zona<br>Cabecera Municipal <input type="checkbox"/><br>Centro Poblado <input checked="" type="checkbox"/><br>Rural Disperso <input type="checkbox"/><br>Rural <input type="checkbox"/> |
|------------------|----------------------|--|--|--|--|---|--|---|-----------------------------------|--|--|

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<br>Femenino <input type="checkbox"/><br>Masculino <input type="checkbox"/> | 31. Sexo identificación<br>F <input type="checkbox"/><br>M <input type="checkbox"/><br>T <input type="checkbox"/><br>NB <input type="checkbox"/><br>Otro <input type="checkbox"/><br>Cuál? <input type="checkbox"/> | 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

| 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                      | B2 | B3                                 | B4 | B5                                 | B1 | B2               | B3 | B4                 | B5 | F                       | M | T                       | NB | Otro | País                                      | Departamento | Municipio |
|                         |    |                                    |    |                                    |    |                  |    |                    |    |                         |   |                         |    |      |   |              |           |
|                         |    |                                    |    |                                    |    |                  |    |                    |    |                         |   |                         |    |      |   |              |           |
|                         |    |                                    |    |                                    |    |                  |    |                    |    |                         |   |                         |    |      |   |              |           |
|                         |    |                                    |    |                                    |    |                  |    |                    |    |                         |   |                         |    |      |   |              |           |
|                         |    |                                    |    |                                    |    |                  |    |                    |    |                         |   |                         |    |      |   |              |           |

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 |    |
|----------------|-----------|---------------|---------------------------------|---------------------------|----|--------------------------|-------|------------------|----|----------------------------|----|
|                |           |               |                                 | SI                        | NO | Nivel                    | Grupo | SI               | NO | Categoría de discapacidad  | SI |
| 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 |   |
| B1                      |                    |                    |                |                |             |   |
| B2                      |                    |                    |                |                |             |   |
| B3                      |                    |                    |                |                |             |   |
| B4                      |                    |                    |                |                |             |   |
| B5                      |                    |                    |                |                |             |   |

| Dirección |  | Localidad/Comuna |  | Correo Electrónico |  |
|-----------|--|------------------|--|--------------------|--|
| B1        |  |                  |  |                    |  |
| B2        |  |                  |  |                    |  |
| B3        |  |                  |  |                    |  |
| B4        |  |                  |  |                    |  |
| B5        |  |                  |  |                    |  |



|   |               |   |
|---|---------------|---|
| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS |               | 54. Código de la EPS (a registrar por la EPS) |
| C   |               |   |
| 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 |  | 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             |  |   |  |  |   |

#### B. REPORTE DE NOVEDADES

|  |  |  |
|--|--|--|
| 60. Tipo de Novedad<br><input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.<br><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.<br><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.<br><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.<br><input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. | <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.<br><input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.<br><input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidado | <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen<br><input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.<br><input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.<br><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.<br><input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.<br><input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.<br><input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria. |
|--|--|--|

#### VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

|   |                  |  |  |  |  |
|---|------------------|--|--|--|--|
| 61. Datos básicos de identificación       |                  | 62. Sexo biológico: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |  | 63. Sexo identificación: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? |  |
| 64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) | 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)   |  | 67. Motivo de traslado: <input type="checkbox"/> Cod. <input type="text"/>   |  |
|   |                  |  |  | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones   |  |

#### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.<br><input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input checked="" type="checkbox"/> 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. | <input checked="" type="checkbox"/> 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.<br><input checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.<br><input checked="" type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.<br><input checked="" type="checkbox"/> 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   |  |
| Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/> 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

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> PT<br><input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.<br><input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. | <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 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.<br><input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.<br><input type="checkbox"/> 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. |
|---|---|

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

|  |                              |
|--|------------------------------|
| 92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/> | 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                                 |   | 95. Firma del funcionario |  |
| Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/> | Número de documento de identidad <input type="text"/> |                           |  |

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año) 97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

#### OBSERVACIONES:

Aporte Septiembre pago octubre  
Novedades de retiro por 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



**QUESTIONARIO 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**



**compensar | salud**  
**eps**

|  |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| ¿ Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?  | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ¿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?  | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?  | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?   | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?  | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |
| ¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?<br>SI: <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ NO: <input type="checkbox"/> Me comprometo a consultar en <a href="http://www.compensar/salud">www.compensar/salud</a> | <input checked="" type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    |

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: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

de domicilio: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_



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 - miplanilla. 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 realizó 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.com/ite-escuchamos> o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A - 47, ventanilla de correspondencia.

SI ☐ NO ☒

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_

No. Identificación: \_\_\_\_\_

1026305099