

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.000.860.814

RODRIGUEZ ACERO

APELLIDOS

MIGUEL ANGEL

NOMBRES

Miguel Rodriguez .A

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
24-OCT-2021
FECHA DE VENCIMIENTO
07-DIC-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ M
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00983683-M-1000860814-20180303 0059756976A 1 1074738818

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES A LA EPS
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO



(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formato)

Distribución gratuita prohibida su venta

343108345
Radicado No.

I. Tipo de Trámite

A. Afiliación B. Novedad

0. Fecha de radicación	1. Tipo de Afiliación	2. Clase de Afiliación	3. Tipo de cotizante	Adición	B. Novedad
2017-10-08	Individual <input checked="" type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/>	Nuevo <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/> Reintegro <input checked="" type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/>			

II. Datos Cotizante

4. Nombres y apellidos completos	5. TD	6. No. de identificación	7. Fecha de nacimiento	8. Sexo	9. Estado civil	10. Tipo de discapacidad	11. Nombre IPS	12. Código IPS
RODRIGUEZ USBAJO DAVID		29102471	1953-09-24	M.	CASADO		IPS	
13. Dirección de residencia	14. Barrio	15. Zona	16. Ciudad/Municipio	17. Cód. Ciudad/Municipio	18. Departamento	19. Teléfono	20. Celular	
CE 31 a + 4a 75	VERAGUAS		BOGOTÁ		CANDINAMARCA	4094017		
21. Correo electrónico	22. EPS anterior	23. Código EPS anterior	24. Mes de aporte					
David.usbajo@compensar.com	COMPENSAR							

III. Información de beneficiarios

Benef. No.	26. No. de identificación	27. Nombres y apellidos completos	28. Sexo	29. Parentesco	30. Fecha de nacimiento			31. Nivel educativo	32. EPS anterior	33. Cód. EPS anterior	34. UPC	35. Tipo discapacidad	36. Cód. Novedad
					Año	Mes	Día						
B1		ACCORRO MONTES, ADRIANA			1980	09	08		COMPENSAR				
B2		DE MUELHES, NATALIA			1991	08	25		COMPENSAR				
B3		ACCORD, MIGUEL ANSELMO			1982	08	08		COMPENSAR				
B4		ACCORD, ESTEBAN			1980	08	08		COMPENSAR				

IV. Información para beneficiarios UPC adicional

Número de benef.	B1 B2		Fecha inicio UPC	Valor mensual de la UPC	B1 B2		Fecha inicio UPC	Valor mensual de la UPC
	B3	B4			B3	B4		

V. Información del empleador y/o entidad pensionadora

46. TD	47. No. de identificación	48. DV	49. Nombre o razón social	50. Dependencia	51. Centro de costo
53. AFP		54. Dirección empresa		55. Ciudad empresa	56. Teléfono empresa
57. Fecha ingreso a la empresa	58. Tipo salario	59. Cargo	60. Cód. cargo	61. Ingreso base cotización o mesada pensional	62. Número afiliación al ISS (Diligencie sólo para pensionados ISS)

VI. Información exclusiva trabajador independiente o contratista

63. Vivienda	64. Nivel educativo	65. Posición ocupacional	66. Productor agropecuario	67. Actividad económica	68. AFP	69. ARP
2	3	1		COMERCIO		NINGUNA
70. Ingreso base de cotización	71. Cotización	72. Información exclusiva contratista		Inicio contrato		
566700	10850					

VII. Declaraciones juramentadas (diligencie sólo para hijos mayores de 18 años, padres, cónyuge y compañero(a) permanente)

Dependencia económica: Bajo la gravedad de juramento declaro que el (los) beneficiario(s) reportado(s) depende(n) económicamente de mí. Decreto 1703, Art. 3, Item 2.8

Convivencia: Bajo la gravedad de juramento, como cotizante declaro que convivo hace _____ meses con el (la) Sr (a) _____ identificado(a) con _____ número _____ expedida en _____ (Cotizante firma en el numeral 81)

Firma del compañero(a) permanente _____ No. Documento _____ Huella compañero(a) _____

VIII. Observaciones y Anexos

73. Observaciones	74. Documentación
11 TABLA FINO ORACION AX CANTO	AG CA CC CE CN CP DJ DP EC FP HC ML MP PA RC RM RP RS SD TI CT B1 B2 B3 B4

IX. Indicaciones (Antes de firmar lea con atención y escriba en el cuadro S (si) o N (no), estos campos son de diligenciamiento obligatorio).

- * Autorizo a esta EPS el envío de información por correo electrónico y al celular por mensaje de texto
- * Declaro en calidad de cotizante que junto con el (los) beneficiario(s) reportado(s) no estamos afiliados a otra EPS.
- * Declaro que he sido informado (a) clara y concisamente a través de los medios informativos de esta EPS en todos los aspectos referentes al diligenciamiento de este formato, proceso de adición de
- * Declaro que la EPS no se entregó la carta de derechos del afiliado y del paciente y me informé de cualquier actualización, puedo consultar en la página web de la EPS o en la central telefónica.
- * Declaro que en caso que se incumplan los pagos de UPC Adicional, esta EPS podrá declarar insubsistentes los plazos y cuotas que constituyen la mora y así mismo exigir el pago inmediato judicial o extrajudicialmente.
- * Declaro que mi cónyuge o compañero(a) cotiza: TD _____ No. _____