Bogotá, Julio 25 de 2023

Señor:
NAVARRO MESA ELKIN JOSE
CC. 1003287895
CR 57 60 70 - 5557890
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 21 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliacion | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliacion | Fecha de desafiliacion EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NAVARRO MESA ELKIN JOSE | 1003287895 | C | Abr-21-2022 | 15 | 0 | COTIZANTE | NO VIGENTE | Ene-1-2023 | Desafiliado por desvinculación laboral | Ninguna |

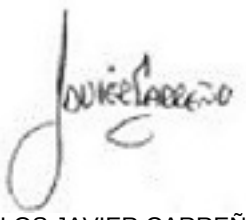
De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| CONSTRUCCIONES Y REMODELACIONES JC SAS | 1003287895 | Dependiente | CERRADO |
| EMPLEADOR SAT TEMPORAL | 1003287895 | Dependiente | CERRADO |
| JCM CONSTRUCTORA SAS | 1003287895 | Dependiente | CERRADO |
| OBRAS CIVILES ASEO Y LIMPIEZA YUJANIS LOBO SAS | 1003287895 | Dependiente | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

Igualmente tenemos registrada en nuestra base de datos que a partir de Septiembre 1 de 2022, no se han realizado nuevos aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de su afiliación. En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 01800 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4010743334 | 0\|7\|0\|8\|2\|0\|2\|3 |

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

**1.tipo de tramite**
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

**2.Tipo afiliacion**
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

**3.Regimen**
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

**4. Tipo de afiliado**
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

**5. Tipo de cotizante**
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

**Codigo** (a registrar por la EPS) 1

**A. AFILIACIÓN**

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

| 6.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| NAVARRO<br>Primer apellido | MESA<br>Segundo apellido | ELKIN<br>Primer nombre | JOSE<br>Segundo nombre |
| **7.Tipo documento de Identidad** | **8.Número del documento de Identidad** | **9.Sexo** | **10.Fecha de nacimiento** |
| CC | 1003287895 | Femenino ☐ Masculino ☒ | 1\|2\|0\|5\|2\|0\|0\|2 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 11.Etnia | 12.Discapacidad | 13.Puntaje SISBEN | 14.Grupo de poblacion especial |
|---|---|---|---|
| 6 | Tipo F N M Condicion T P | | |

| 15. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotizacion - IBC |
|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PORVENIR FPC | 1160000 |

**18.Residencia**

| CR 57 60 70<br>**Dirección** | **Telefono fijo** | 3124902740<br>**Telefono celular** | DAVID1205NAVARRO@GMAIL.COM<br>**Correo electronico** |
|---|---|---|---|

| MEDELLIN<br>**Municipio/Distrito** | **zona** Urbana ☒ Rural ☐ | **Localidad / comuna** | ANTIOQUIA<br>**Departamento** |
|---|---|---|---|

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| **20. Tipo documento de identidad** | **21. Número documento identidad** | **22. Sexo** | **23. Fecha de nacimiento** |
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | |

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| | 24. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo documento de identidad | 26. Número de identidad | 27.Sexo | | 28.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Femenino | Masculino | |
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

| | 29.Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Tipo | | | Condición | |
| | | | F | N | M | T | P |
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

**32. Datos de residencia**

| | Municipio/Distrito | Zona | | Departamento | Teléfono Fijo y/o celular | 33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Urbana | Rural | | | |
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Seleccion de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | VS UAB VILLANUEVA - VS UOD VILLANUEVA | VSVILLANUE - VSODVILLAN |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de identificación | 37. Numero de docuemnto de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| AIKA HUMANA EST SAS | NIT | 900801942 | 01 |

**39.Ubicación**

| CR 65 A 94 A 88<br>Dirección | 3225387<br>Teleéfono | ANOMINA@AIKACO.COM<br>Correo electrónico | BOGOTA<br>Municipio/distrito | BOGOTA<br>Departamento |
|---|---|---|---|---|

**No de Radicacion**
**4010743334**



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

**41. Datos básicos de la identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | | 2\|7\|0\|7\|2\|0\|2\|3 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código: | 45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ 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 Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

| | |
|---|---|
| Elkin Navarro | |
| **54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario** | **55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio** |

## IX. ANEXOS

☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial | | 67. Datos del SISBEN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del municipio | Código del Departamento | Número ficha | Puntaje | Nivel | | |
| | | | | | | |

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

Observaciones

**Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.**