

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015517356	1 8 0 9 2 0 2 5

1.tipo de tramite		2.Tipo afiliacion		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒		B. Colectiva ☐		C. Institucional ☐		A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐		Si ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado				6. Tipo de cotizante			7.Código (a registrar por la EPS)		
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			<input type="text" value="1"/>		

8.Apellidos y nombres									
UZETA Primer apellido			HERNANDEZ Segundo apellido				LUIS Primer nombre		EDUARDO Segundo nombre
9.Tipo documento de Identidad		10.Número del documento de Identidad			11.Sexo biológico		12.Sexo identificación		
CC		80038424			Femenino ☐ Masculino ☒		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
13. Nacionalidad		14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento			
COLOMBIA		País: COLOMBIA		Departamento: BOGOTA		Municipio: BOGOTA		0 9 1 1 1 9 8 0	

16.Etnia <div>6</div>		17.Comunidad		18.Discapacidad Categoría Discapacidad		Si ☐ No ☒	
19.Tiene encuesta SISBEN SI ☐ NO ☒		20.Clasificación SISBEN Nivel <div></div> Grupo <div></div>		21.Grupo población especial <div></div>			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		23. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC		24. Ingreso base de cotización - IBC 1423500		25. Tarifa Contribución Solidaria	
26.Residencia							
CL 52 20 10 Dirección		Telefono fijo		3108831136 Telefono celular		LUISEDUARUZETA@YAHOO.ES Correo electronico	
BOGOTA Departamento		BOGOTA Municipio/Distrito		SUBA Localidad / comuna		zona Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐	

27. Apellidos y nombres										
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre	
28. Tipo documento de identidad		29. Número documento identidad			30. Sexo biológico			31. Sexo identificación		
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>					Femenino ☐ Masculino ☐			F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
32. Nacionalidad				33. Lugar Nacimiento			34. Fecha Nacimiento			
				País: Departamento: Municipio:						

[illegible]

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Tipo de vivienda		47. Tipo de ocupación		48. Tipo de actividad		49. Tipo de ocupación		50. Tipo de actividad		51. Tipo de actividad		52. Tipo de actividad		53. Tipo de actividad		54. Tipo de actividad		55. Tipo de actividad		56. Tipo de actividad		57. Tipo de actividad		58. Tipo de actividad		59. Tipo de actividad		60. Tipo de actividad		61. Tipo de actividad		62. Tipo de actividad		63. Tipo de actividad		64. Tipo de actividad		65. Tipo de actividad		66. Tipo de actividad		67. Tipo de actividad		68. Tipo de actividad		69. Tipo de actividad		70. Tipo de actividad		71. Tipo de actividad		72. Tipo de actividad		73. Tipo de actividad		74. Tipo de actividad		75. Tipo de actividad		76. Tipo de actividad		77. Tipo de actividad		78. Tipo de actividad		79. Tipo de actividad		80. Tipo de actividad		81. Tipo de actividad		82. Tipo de actividad		83. Tipo de actividad		84. Tipo de actividad		85. Tipo de actividad		86. Tipo de actividad		87. Tipo de actividad		88. Tipo de actividad		89. Tipo de actividad		90. Tipo de actividad		91. Tipo de actividad		92. Tipo de actividad		93. Tipo de actividad		94. Tipo de actividad		95. Tipo de actividad		96. Tipo de actividad		97. Tipo de actividad		98. Tipo de actividad		99. Tipo de actividad		100. Tipo de actividad																																																																																					
B1		B2		B3		B4		B5		B6		B7		B8		B9		B10		B11		B12		B13		B14		B15		B16		B17		B18		B19		B20		B21		B22		B23		B24		B25		B26		B27		B28		B29		B30		B31		B32		B33		B34		B35		B36		B37		B38		B39		B40		B41		B42		B43		B44		B45		B46		B47		B48		B49		B50		B51		B52		B53		B54		B55		B56		B57		B58		B59		B60		B61		B62		B63		B64		B65		B66		B67		B68		B69		B70		B71		B72		B73		B74		B75		B76		B77		B78		B79		B80		B81		B82		B83		B84		B85		B86		B87		B88		B89		B90		B91		B92		B93		B94		B95		B96		B97		B98		B99		B100	
B1		B2		B3		B4		B5		B6		B7		B8		B9		B10		B11		B12		B13		B14		B15		B16		B17		B18		B19		B20		B21		B22		B23		B24		B25		B26		B27		B28		B29		B30		B31		B32		B33		B34		B35		B36		B37		B38		B39		B40		B41		B42		B43		B44		B45		B46		B47		B48		B49		B50		B51		B52		B53		B54		B55		B56		B57		B58		B59		B60		B61		B62		B63		B64		B65		B66		B67		B68		B69		B70		B71		B72		B73		B74		B75		B76		B77		B78		B79		B80		B81		B82		B83		B84		B85		B86		B87		B88		B89		B90		B91		B92		B93		B94		B95		B96		B97		B98		B99		B100	
B1		B2		B3		B4		B5		B6		B7		B8		B9		B10		B11		B12		B13		B14		B15		B16		B17		B18		B19		B20		B21		B22		B23		B24		B25		B26		B27		B28		B29		B30		B31		B32		B33		B34		B35		B36		B37		B38		B39		B40		B41		B42		B43		B44		B45		B46		B47		B48		B49		B50		B51		B52		B53		B54		B55		B56		B57		B58		B59		B60		B61		B62		B63		B64		B65		B66		B67		B68																																																																	

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)	
C	VS CALLE 98 - UOD DENTOLASER OLAYA	VSCALLE98 - DENTOOLAYA	
B	-	-	
B	-	-	
B	-	-	

55. Nombre o razón social			56. Tipo de identificación		57. Numero de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)	
CAB CONSTRUCTORA SAS			NIT		900789383		01	
59. Ubicación								
CL 6 3 52 Dirección		3043852718 Teléfono fijo o celular		CABCONSTRUCTORASAS@GMAIL.COM Correo electrónico			CUNDINAMARCA Departamento	
							COGUA Municipio/distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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. 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 relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante

☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado

☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado

☐ 20. Ingreso a contribución solidaria

☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

62. Sexo biológico

Femenino ☐

Masculino ☐

63.Sexo identificación

F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior

66.Fecha de Novedad

67.Motivo de traslado

68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

1|6|0|9|2|0|2|5

Código:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69.☐ Declaración 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 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 Salud .

73.☐ 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.

74.☐ 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

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 Decr eto 1377 de 2013

76.☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje 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 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 documento de Identidad

Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

81. El empleador 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: 1 Total: 1

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 85. 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.

☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 88. Documento en que conste la pérdida 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.

☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 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 consiste 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

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 documento de identidad

Número documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación

97. Fecha de Validación

Observaciones

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido

Segundo apellido (o de casada)

Primer nombre

Segundo nombre

UZETA

HERNANDEZ

LUIS

EDUARDO

No de identificación

Tipo de documento

Fecha de nacimiento

Sexo

Fecha diligenciamiento

80038424

RC TI ☒ CE PA

1980 11 09

☒ F

2025 18 09

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? ☒ NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? ☒ NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? ☒ NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒ NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☒ NO

Medio de entrega deseado: Electrónico ☒ Físico ☐

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

“Yo: LUIS EDUARDO UZETA HERNANDEZ identificado con el documento de identidad: 80038424 No. 80038424, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico luiseduarduzeta@yahoo.es la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):

Luis Uzeta

Nombres y Apellidos: LUIS EDUARDO UZETA HERNANDEZ

Número de identificación: 80038424

Fecha de diligenciamiento

2025 18 09

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: No. _____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, 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:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

Nombres y apellidos de la persona de quien
no sabe firmar

Huella digital del cotizante
(en caso de no saber firmar)

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoría o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S S.A.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: www.saludtotal.com.co, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: protecciondatos@saludtotal.com.co, al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Luis Oreta

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____ 80038424

www.saludtotal.com.co

Línea local en Bogotá 4854555

Línea Nacional de atención al cliente 018000114524

Síguenos en  Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no
es a medias
debe ser *total*

SaludTotal
EPS S

M-PYGA-F097 V 2.0 2021