CONTRATO 2241 DE 2025
GOBERNACION DEL TOLIMA

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR PRESTACION DE SERVICIOS DE OUTSOURCING PARA LA OPERACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE LA MAQUINARIA PESADA Y VOLQUETAS DE LA GOBERNACION DEL TOLIMA Y LA MAQUINARIA DE LA UNIDAD NACIONAL DE GESTION DE RIESGOS DE DESASTRES, PARA REALIZAR LA ATENCION DE EMERGENCIAS VIALES, PUNTOS CRITICOS, EL MANTENIMIENTO DE LA RED VIAL A CARGO DE LOS MUNICIPIOS Y EL MANTENIMIENTO DE LA RED VIAL A CARGO DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA.

AFILIACIONES A EPS

GOBERNACION DEL TOLIMA
EL TOLIMA NOS UNE

PIJAOS SALUD E.P.S.I.

RESOLUCIÓN 013 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS INDÍGENAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR
NIT 809.008.362 - 2

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación | Fecha de Radicación

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

I. DATOS DEL TRAMITE

1.Tipo de Tramite	A. Afiliación [✓] B. Reporte Novedad [ ]	2. Tipo de Afiliación	Cotizante o cabeza de Familia [✓] A. Individual: Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Colectiva [ ]	C. Institucional [ ]	D. De Oficio [ ]	3 Régimen	C. Contributivo [✓] S. Subsidiado [ ]			
4. Tipo de Afiliado	A. cotizante [✓]	B. Cabeza de familia [ ]	C. Beneficiario [ ]	5. Tipo de Cotizante	A. Dependiente [✓]	B. Independiente [ ]	C. Pensionado [ ]	Código (a registrar por la EPS)			

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	Primer apellido: LOZANO	Segundo apellido: GARCIA	Primer nombre: CARLOS	Segundo nombre: ARTURO
7.Tipo de documento de identidad: CC	8. Número documento de identidad: 1.110.173.685	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 06/07/1987	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia		12. Discapacidad	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]	13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de Población Especial	
15. Administradora de Riesgos laborales ARL	SURAMERICANA	16. Administradora de Pensiones	PROVENIR			17. Ingreso base de cotización	2.700.000
18. Residencia	Dirección: CRA 3A 4-86 B/ EL PRADO			Teléfono fijo: —		Celular: 3184553758	
	Correo Electrónico: carlosarturolozanogarcia@		Municipio/distrito: Ortega		Zona: Urbana [X] Rural [ ]		
	Localidad/Comuna		Departamento: TOLIMA				

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
20. Tipo de documento	21. Número de documento	22. Sexo	Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de Nacimiento		

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

24. Apellido y nombres completos	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación
IMS SAS	NIT	809.001.092-7

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	39. Ubicación Dirección	Teléfono
	Cra 7 #14-26 Piso 3	3108993021

Correo electrónico	Municipio/ Distrito	Departamento
nomina@imssa.co	Tolima	Ibague

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y/o corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 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 relación laboral o pérdida 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 de trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS NECESARIOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo apellido

Tipo de documento de identidad		Número del documento	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha Novedad
					19/09/2015

43. EPS anterior	44. Motivo del 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 Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en la institución prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que las EPS soliciten y obtengan datos y copia de la historia clínica 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por 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 decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

IMS SAS

VIII. FIRMAS

54. El cotizante , cabeza de familia o beneficiario.	55. El empleador aportante o entidad de afiliación colectiva, institucional o de oficio
Carlos Arturo Lozano Zapata	Valentina V.

809.001.092
Carrera 3 No 14-26 Piso
318872 - IBAGUE TOLIMA

IX. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
56. Copia del documento de identidad: Cantidad	[ ]	[ ]	[ ]	[x]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. 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.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. 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.
- [ ] 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: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del 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 con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.