

**Salud Total** EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014108040	0 3 0 2 2 0 2 5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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

## A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres									
ROBAYO Primer apellido			GONZALEZ Segundo apellido			DIANA Primer nombre		PAOLA Segundo nombre	
9. Tipo documento de Identidad		10. Número del documento de Identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación			
CC		53007094		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>			
13. Nacionalidad		14. Lugar Nacimiento				15. Fecha Nacimiento			
COLOMBIA		País: COLOMBIA      Departamento: BOGOTA      Municipio: BOGOTA				2 2 0 1 1 9 8 3			

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

## Datos personales

16.Etnia <div>6</div>		17.Comunidad		18.Discapacidad Categoría Discapacidad		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19.Tiene encuesta SISBEN SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		20.Clasificación SISBEN Nivel <div></div> Grupo <div></div>		21.Grupo población especial <div></div>			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		23. Administradora de Pensiones COLFONDOS		24. Ingreso base de cotización - IBC 1423500		25. Tarifa Contribución Solidaria	
26.Residencia							
CL 75 B SUR 33 20 Dirección		Teléfono fijo		3202236688 Teléfono celular		DPRGTALLAYPESO@GMAIL.COM Correo electrónico	
BOGOTÁ Departamento		BOGOTÁ Municipio/Distrito		CIUDAD BOLÍVAR Localidad / comuna		zona Urbana cabecera municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/> Urbana centro poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>	

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

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

<b>27. Apellidos y nombres</b>											
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre		
<b>28. Tipo documento de identidad</b>			<b>29. Número documento identidad</b>			<b>30. Sexo biológico</b>			<b>31. Sexo identificación</b>		
<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>		
<b>32. Nacionalidad</b>			<b>33. Lugar Nacimiento</b>			<b>34. Fecha Nacimiento</b>					
			País:		Departamento:		Municipio:				

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

[illegible]

### Datos complementarios del Beneficiario

[illegible]

### 51. Datos de residencia

Departamento		Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								
Dirección		Localidad/Comuna				Correo Electrónico		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

### Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS			54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)		
C	VS ENSUENO - VS ENSUENO		VSCANDEL - VSCANDEL		
B		-			-
B		-			-
B		-			-

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO**

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)
DIANA PAOLA ROBAYO GONZALEZ		CC	53007094	01
59. Ubicación				
CL 75 B SUR 33 20 Dirección	3202236 Teléfono fijo o celular	DPRGTALLAYPESO@GMAIL.COM Correo electrónico		BOGOTA Departamento
				BOGOTA Municipio/distrito

