Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-02-14	**Hasta:**	2026-02-28	
Nombre del Contratista:	MARYURI TATIANA VELEZ PULIDO		**Número de Documento:**	1104710529	
Correo Electrónico:	tatianavelezpulido@gmail.com		**Número Telefónico:**	3143674347	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3972-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	7
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07TN1156	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	95	0	11519	$1094305	90.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1094305**	**UN MILLON NOVENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-13	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-03-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 1094305	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3248358	**$ 3248358**	**$ 1094305**	**$ 2154053**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2026

Powered by CamScanner

1	Brindar atención inicial en primeros auxilios, mediante la aplicación de técnicas básicas y protocolos de atención prehospitalaria a los usuarios que presenten alteraciones en su estado de salud, como parte del apoyo a la respuesta institucional ante eventos de urgencia.	-Durante el mes de febrero de 2026, se realiza atención a 5 pacientes en el área de primeros auxilios del portal sur	-Registros de atención a pacientes
2	Elaborar y diligenciar los registros de atención y documentación asociada, de manera oportuna y conforme a los criterios técnicos y de calidad definidos, como soporte de las actividades desarrolladas.	-. Durante el mes de febrero de 2026, se diligencian 5 registros de atención de forma oportuna y bajo criterios de calidad	-.Registro de atención de pacientes.
3	Aportar al bienestar de los usuarios atendidos en los nueve (9) portales del sistema articulado y en la sede administrativa, mediante la prestación del servicio de primeros auxilios conforme a los lineamientos establecidos.	-La atención de los pacientes se realiza d forma humanitaria segura y siguiendo los protocolos definidos, dando un trato digno, diferencial y brindando bienestar al paciente.	- Registro de atención de pacientes.
4	Dar cumplimiento a los protocolos y condiciones de bioseguridad, con el fin de contribuir al mantenimiento de condiciones higiénico-sanitarias adecuadas durante la atención de los usuarios.	- Durante la atención de los diferentes pacientes se cumple con las condiciones de bioseguridad y se realiza limpieza y desinfección rutinaria o terminal dependiendo el caso en el área de Primeros Auxilios del portal Sur.	-formato de limpieza y desinfección
5	Apoyar el alistamiento, marcación y disposición adecuada de los residuos biosanitarios generados en las áreas de primeros auxilios de los nueve (9) portales del sistema articulado, conforme a la normatividad aplicable.	- Se realiza disposición de los residuos biosanitarios de forma segura, realizando la debida marcación y alistamiento de los mismos.	-Registro de entrega de residuos biosanitarios a la empresa encargada.
6	Custodiar y hacer uso adecuado de los equipos biomédicos y elementos de primeros auxilios puestos a disposición para el desarrollo de las actividades, reportando oportunamente cualquier novedad relacionada con su estado o funcionamiento.	-Registro de entrega de turno, se realiza verificación de estado físico y funcionalidad de los diferentes equipos biomédicos y elementos que se encuentran en el área de Primeros Auxilios del portal Sur.	-. Verificación diaria
7	Verificar de manera periódica (quincenal) el estado, las fechas de vencimiento y las condiciones de almacenamiento de los insumos suministrados por TransMilenio S.A., incluyendo la semaforización correspondiente, así como el registro de temperatura y humedad relativa, dejando los soportes respectivos.	-. Durante el mes de febrero de 2026, se realiza inventario de insumos verificando fechas de vencimiento y realizando la debida semaforización de los mismos. Se realiza registro diario de temperatura y humedad.	-Formato de inventarios y formato de registro de temperatura y humedad.
8	Atender oportunamente los requerimientos formulados por el Supervisor del contrato, así como apoyar la activación de la Línea de Emergencias 123 cuando las condiciones del evento lo requieran, conforme a los protocolos establecidos.	-. Durante el febrero de 2026, se realiza activación de la línea 123 en 5 ocasiones por requerir apoyo y traslado de pacientes .	-. Registro de atención de pacientes, dejando evidencia de número de incidente y nombre de medico regulador.
9	Ejecutar otras actividades propias de su perfil técnico, directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las acciones misionales del contrato interadministrativo y con la atención de primeros auxilios	- Durante el mes de febrero de 2026, se asiste a reuniones y orientaciones convocadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur y se realiza cargue de registros d atención del mes de febrero de 2026, en la plataforma tecnológica del SIDCRUE, de la secretaria de Salud.	-Listado de asistencia de las diferentes reuniones y orientaciones convocadas, información del SIDCRUE, reposa en la plataforma y es custodia de la secretaria de Salud.

© Siasur - 2026

Powered by CamScanner

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	10070772481

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARYURI TATIANA VELEZ PULIDO	2026-02-23 21:39:13
RECHAZADO SUPERVISOR	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2026-02-24 09:54:48
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARYURI TATIANA VELEZ PULIDO	2026-02-24 12:32:31
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2026-02-24 12:38:47
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-02-28 14:08:13
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-03-11 14:37:54

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

© Siasur - 2026

Powered by CamScanner

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ARL SURA CTO 3972-2026.pdf	ARL SURA CTO 3972-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Medellín, 17 de febrero de 2026

1/1

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que MARYURI TATIANA VELES PULIDO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1104710529 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 13/02/2026 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000003 - TRANSPORTE-SIRC-RUTA

CLASE: 4 **PORCENTAJE:** 4.35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
4492102 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE EL TRANSPORTE TERRESTRE DE SERVICIOS ESPECIALES DE PASAJEROS POR CARRETERA COMO: TURISMO, SERVICIOS DE VIAJES CONTRATADOS, EXCURSIONES, TRANSPORTE DE TRABAJADORES (ACTIVIDADES DE ASALARIADOS), TRANSPORTE ESCOLAR

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
4492102 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE EL TRANSPORTE TERRESTRE DE SERVICIOS ESPECIALES DE PASAJEROS POR CARRETERA COMO: TURISMO, SERVICIOS DE VIAJES CONTRATADOS, EXCURSIONES, TRANSPORTE DE TRABAJADORES (ACTIVIDADES DE ASALARIADOS), TRANSPORTE ESCOLAR

CODIGO DE ACTIVIDAD: 4492102

CLASE DE RIESGO: 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4.35 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10244786722604841660

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/02/2026 11:34 AM

Dirección IP: 190.71.195.98, 192.230.104.10, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a MARYURI TATIANA VELEZ PULIDO identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número 1104710529, se encuentra afiliado/a desde 05/02/2026 al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de febrero de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Certificación
Bancaria

Miércoles, 04 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARYURI TATIANA VELEZ PULIDO identificado(a) con CC 1104710529, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	10070772481	2024-08-09	ACTIVO	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 830.113.831-0

FECHA DE RADICACIÓN: 30 01 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]

2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [ ]

5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

7. CÓDIGO:

A. AFILIACIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Vélez	Pulido	Maryuri	Tatiana

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] MS [ ] NC [ ] CC [X] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PA [ ] PT [ ]

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1104710529

11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]

12. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual? [ ]

13. NACIONALIDAD: [ ]

14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia / Tolima / Líbano

15. FECHA NACIMIENTO: 30/04/1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: [ ] 17. COMUNIDAD INDÍGENA: [ ] 18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD: [ ]

19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [X] NO [ ] 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL B 04 GRUPO [ ] 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL [ ] 22. ARL [ ]

23. AFP [ ] 24. IBC [ ] 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ] 26. RESIDENCIA [ ] DIRECCIÓN [ ]

TELÉFONO FIJO [ ] TELÉFONO CELULAR 3143674347 CORREO ELECTRÓNICO tatianavelezpulido@gmail.com DEPARTAMENTO [ ]

MUNICIPIO/ DISTRITO [ ] LOCALIDAD/COMUNA [ ] ZONA CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO MUNICIPIO [ ] IPS [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Guerrero	Vélez	Danna	Isabella

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]

29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1104711762

30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]

31. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual? [ ]

32. NACIONALIDAD: [ ]

33. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia / Tolima / Líbano

34. FECHA NACIMIENTO: 01/12/2016

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO BIOLÓGICO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO (País / Depto. / Municipio)	42. FECHA DE NACIMIENTO (Día / Mes / Año)
01	Danna Isabella Guerrero Vélez	X	1104711762	Colombiana	X	X	Colombia / Tolima / Líbano	01/12/2016
02								
03								
04								
05								

	Datos complementarios del Beneficiario			44. TIPO DE TRASLADO ESPECIAL	45. TIENE ENCUESTA SISBÉN?		46. CLASIFICACIÓN SISBÉN		47. DISCAPACIDAD			48. AFILIACIÓN PLANES ADICIONALES		51. Datos de residencia		ZONA			
	43. PRIMER APELLIDO	43. SEGUNDO APELLIDO	43. PRIMER NOMBRE		SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO		SI	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO / DISTRITO			
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. IBC	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (si actualmente recibe la atención por la IPS)
01							
02							
03							
04							
05							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación: NI [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] NC [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ]	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de cotizante o pensionado reportado por la EPS

59. Ubicación	DIRECCIÓN	TELÉFONO FIJO Y CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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. 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 RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAR I. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [X] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO: A) DESDE RÉGIMEN [ ] B) DESDE EL RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] CD [ ] PT [ ] — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] — 62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ] — 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual? [ ]

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] — 65. EPS ANTERIOR: [ ] — 66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] — 67. MOTIVO DE TRASLADO Código: [ ] — 68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A TRASLADO DE PENSIONES: [ ]

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) relacionado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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 los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexar soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no vinculación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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 [ ]
76. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos [ ]
b) Autorizo para que la EPS me entregue con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios dentro de los términos regulados. Conozco lo estipulado en el "Reglamento de Notificación Electrónica" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para ofrecerme 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 la 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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] CD [ ] PT [ ] — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ]

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando agrupe o afiliado adicional

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 [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ] — Cantidad [ ] — Total [ ]

83. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que decrete la separación de cuerpos o escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada hecha por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.1 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
91. Copia del acto administrativo o la providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiarios o se ordene la afiliación de oficio [ ] — Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ] — 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN [ ]

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner