Gobernación de Cundinamarca	**CULTURA ORGANIZACIONAL Y MEJORA CONTINUA**	**Código: E – COMC – FR - 004**
		Versión 06
	ACTA DE REUNIÓN	**Fecha de Aprobación: 05/09/25**

OBJETIVO DE LA REUNION:	**FECHA:**	**ACTA No.**
Realizar gestión ante las entidades competentes sobre los procesos administrativos y/o sociales de la población caracterizada con el fin de disminuir barreras a los servicios de salud y/o sociales.	27/032026	007

LUGAR:	**HORA INICIO**	**HORA FINALIZACIÓN**
MUNICIPIO DE PULI	08:00 AM	10:00 AM

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación de los asistentes.
2. Revisión de casos decepcionados por cada profesional.
3. Verificación de formatos base de gestión de canalización.
4. Observaciones y compromisos.

Cierre

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

El día 27 de Marzo de 2026, la Corresponsal de Salud llevó a cabo la revisión detallada de las canalizaciones remitidas por los diferentes perfiles del equipo APS.

El equipo aps hizo entrega de 49 canalizaciones, las cuales fueron clasificadas según tipo de necesidad y trámite requerido.

Posteriormente, se efectuaron las siguientes acciones:

- Revisión y organización de la información suministrada en cada canalización.
- Identificación del estado de afiliación en salud de los usuarios.
- Contacto telefónico con la población para confirmar datos personales, ampliar información y solicitar documentación faltante.
- Orientación directa a los usuarios sobre requisitos y rutas de atención.
- Gestión ante la Oficina de Aseguramiento Municipal para los casos que requerían afiliación o traslado de EPS.
- Apoyo en el agendamiento de citas médicas.

- Trámite y seguimiento de autorizaciones médicas.

Casos gestionados

Caso 1: Solicitud de traslado de EPS
Se identifica a la familia del señor Gilberto González, la cual cuenta con un (1) integrante afiliado a una EPS que no presta servicios en el municipio de Pulí. La persona manifiesta dificultades para acceder a controles médicos y demás servicios ofertados por el Puesto de Salud.
Se brinda orientación sobre los requisitos para el traslado de EPS y se realiza la respectiva remisión del caso a la Oficina de Aseguramiento para el trámite correspondiente.

Caso 2: Afiliación a EPS
Se realizó la afiliación del señor José Rodríguez a la Nueva EPS, en el régimen subsidiado, permitiéndole acceder a los servicios y controles médicos.

Caso 3: Afiliación a EPS
Se realizó la afiliación de la niña Joana Nieves Castañeda a la Nueva EPS, en el régimen subsidiado, garantizando el acceso a los servicios y controles médicos.

Caso 4: Afiliación a EPS
Se realizó nuevamente la afiliación del señor Campo Elías Useche Rodríguez a la Nueva EPS, en el régimen subsidiado, asegurando su acceso a los servicios de salud. (Nota: este caso parece repetido, se recomienda verificar si corresponde a actualización o duplicado).

Caso 5: Autorizaciones en salud
Se brindó apoyo en el proceso de autorizaciones al señor Jairo Adelio Zamudio, para la realización de una ecografía de tórax, facilitando el acceso al servicio requerido.

Caso 6: Inscripción al SISBÉN
Se realizó solicitud mediante oficio al SISBÉN para la inscripción del señor André Bolívar, con el fin de que pueda acceder a los servicios de salud.

Caso 7: Inclusión en núcleo familiar SISBÉN
Se realizó solicitud de inclusión en núcleo familiar de los hermanos Julieth Arias y Robin Estiben Arias Garón, con el fin de facilitar su acceso a los servicios de salud.

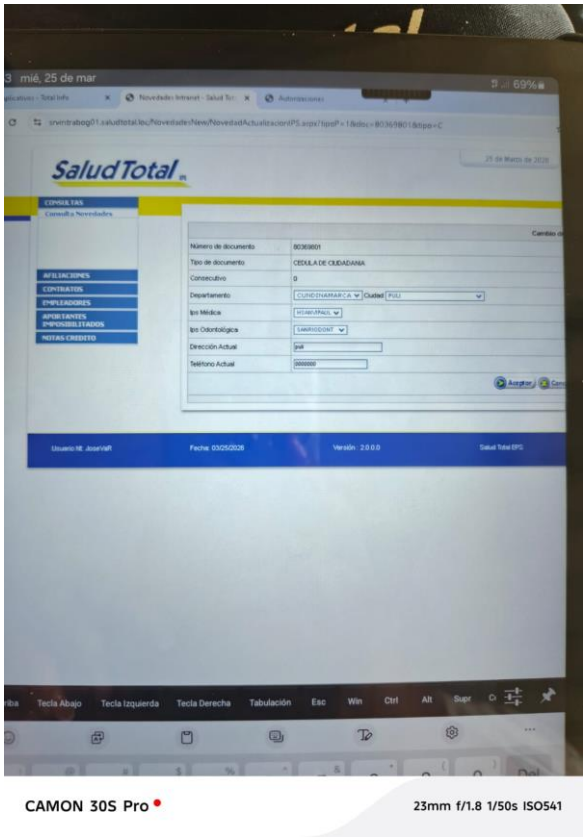
Conclusión

Las acciones desarrolladas permitieron fortalecer el acceso al aseguramiento en salud y a los servicios médicos en la comunidad, mediante procesos de afiliación, traslado de EPS, gestión de autorizaciones e inclusión en el SISBÉN, contribuyendo a la garantía del derecho a la salud de la población intervenida.

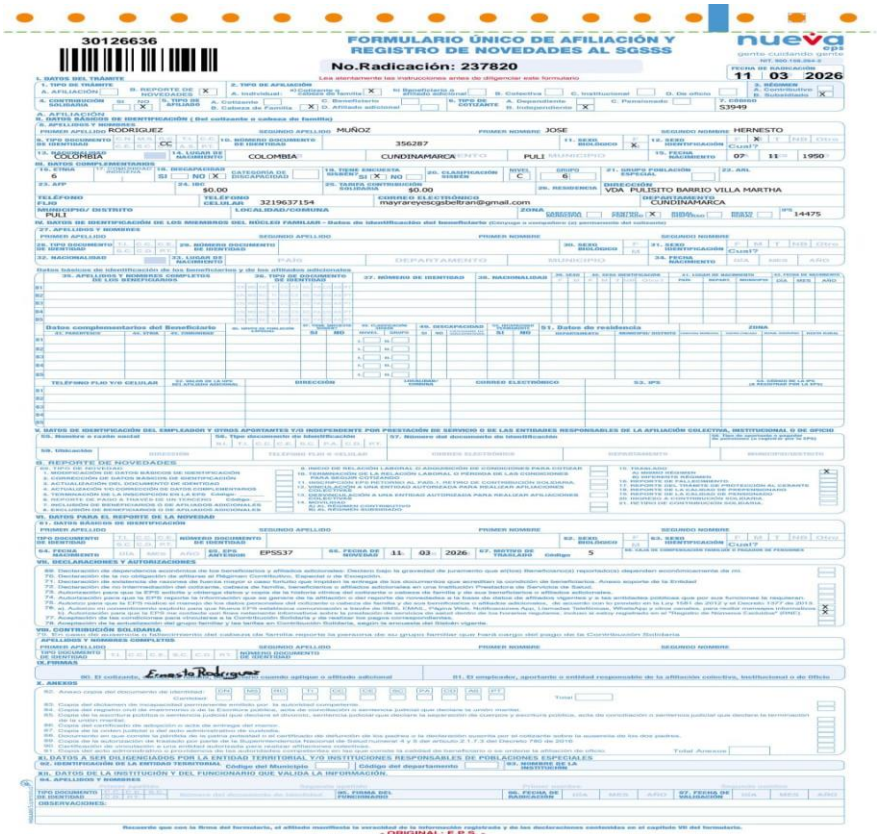
Soportes

Todos los casos cuentan con evidencias documentales enviadas y recepcionadas a través de correo electrónico y aplicación WhatsApp, las cuales reposan como respaldo de la gestión realizada.

SOPORTE DE CASO 1



SOPORTE CASO 2



30126636

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

No.Radicación: 237820

FECHA DE RADICACIÓN 11 03 2026

1. DATOS DEL TRAMITE

A. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ | SEGUNDO APELLIDO MUÑOZ | PRIMER NOMBRE JOSE | SEGUNDO NOMBRE HERNESTO

5. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 356287 | 11. SEXO BIOLÓGICO M | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN CIU917

17. NACIONALIDAD COLOMBIA | 14. LUGAR DE NACIMIENTO COLOMBIA | CUNDINAMARCA | PULI | 15. FECHA NACIMIENTO 07 11 1950

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA 6 | 17. DISCAPACIDAD SI NO X | 18. RESGUARDO SI NO X | CATEGORIA DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE PERSONA A CARGO SI X NO | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL C GRUPO 6 | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. ARL

23. AFP | 24. IBC $0.00 | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA $0.00 | 26. RESIDENCIA DIRECCIÓN VDA. PULISITO BARRIO VILLA MARTHA

TELÉFONO | TELÉFONO CELULAR 3219637154 | CORREO ELECTRÓNICO mayraroyscgabitran@gmail.com | DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO PULI | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA RURAL X URBANA | IPS 14475

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

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN CIU917

32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | 34. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO

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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. PARENTESCO	46. IBC	47. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	GRUPO	48. DISCAPACIDAD SI	NO	49. TIENE PERSONA A CARGO SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO DISTRITO	ZONA URBANA	RURAL
01														
02														
03														
04														
05														

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC RELATIVO SEGÚN...	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS A PRIORIZAR POR LA EPS
01							
02							
03							
04							
05							

V. DATOS 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 | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador (Ver tabla de tipos de aportantes)

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

VI. REPORTE DE NOVEDADES

1. INGRESO
2. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
4. ACTUALIZACIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
6. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código:
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

8. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ASOCIACIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA SEGUN COTIZANTE
9. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUN COTIZANTE
10. TRASLADO AL PAD, I. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
11. VARIA ACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES
12. SUSPENSIÓN
13. DIFERENCIA ACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES
14. MOVILIDAD
15. AL REGIMEN CONTRIBUTIVO
16. AL REGIMEN SUBSIDIADO

10. TRASLADO
A. MISMO REGIMEN
B. DESDE OTRO REGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DE LA CERTIFICACIÓN AL COTIZANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

51. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 52. SEXO BIOLÓGICO | 53. SEXO IDENTIFICACIÓN CIU917

54. FECHA NACIMIENTO | 55. EPS ANTERIOR EPS537 | 56. FECHA DE NOVEDAD 11 03 2026 | 57. MOTIVO DE TRASLADO Código 5 | 58. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A PAGAR DE PENSIONES

VIII. 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) reportado(s) dependen económicamente de mí.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de veracidad de la información: Declaro que la información consignada en los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación 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. Autorización para que la EPS consulte mi(s) base(s) informativa(s) sobre la prestación de servicios de salud dentro de los buenos negocios, incluso si estoy registrado en el "Registro de Novedad Cotizante" (RNC).
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Autorización para que la EPS reporte a los del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la emisión del Salario vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte las personas de su grupo familiar que harán cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, Ernesto Rodriguez cuando aplique 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 | MS | RC | TI | CC | CE | RC | PA | CD | AS | PT | Total:

Cantidad:

83. Copia del dictamen de incapacidad 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 declare la separación de cuerpos y 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. Copia del certificado de nacido vivo o del Registro Civil de nacimiento del menor de los dos años.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (literal 4 y 5 del artículo 2.1.7 del Decreto 780 de 2016
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o documento en los que conste la calidad de beneficiario 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

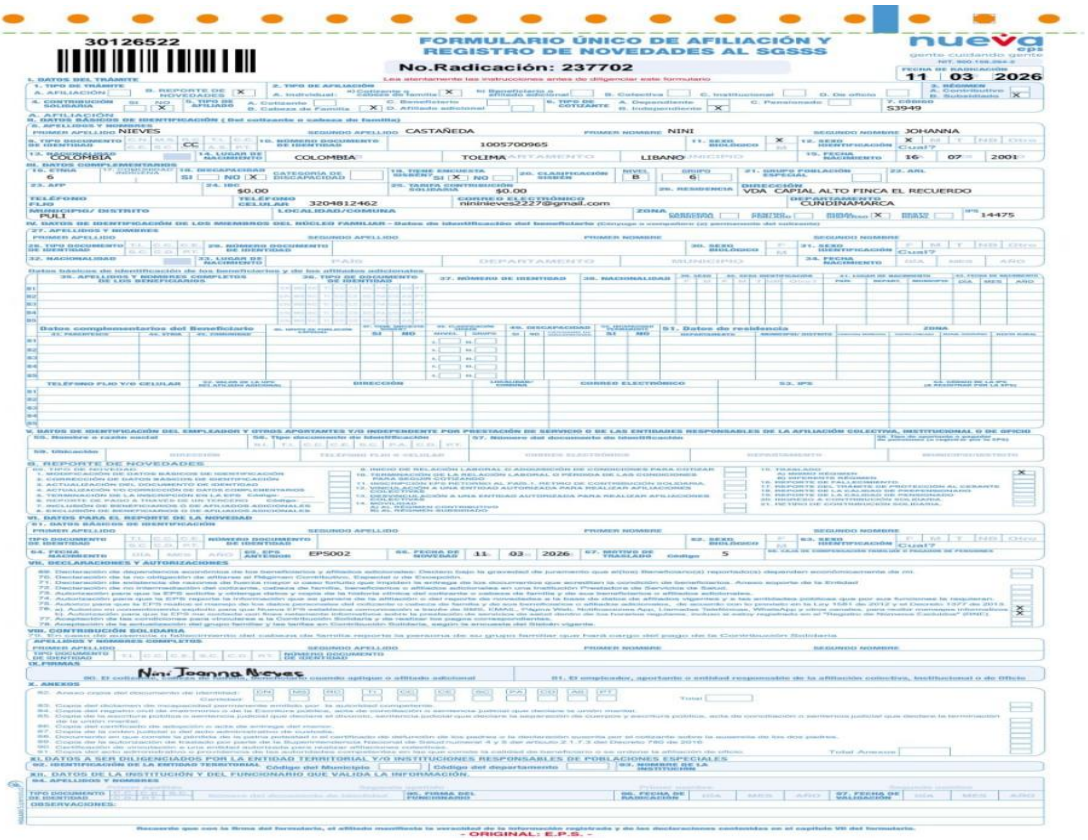
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número del documento de identidad | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA MES AÑO

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 VIII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

SOPORTE CASO 3



30126522

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

No.Radicación: 237702

FECHA DE RADICACIÓN: 11 03 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

7. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO NIÑEZ | SEGUNDO APELLIDO CASTAÑEDA | PRIMER NOMBRE NINI | SEGUNDO NOMBRE JOHANNA

8. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 9. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1005700965 | 11. SEXO BIOLÓGICO: F | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F | 13. FECHA NACIMIENTO: 16 07 2001

10. PAÍS: COLOMBIA | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | TOLIMA | LIBANO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 | 17. DISCAPACIDAD: SI NO X | CATEGORIA DE DISCAPACIDAD | 18. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI X NO | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN: B | NIVEL: 6 | GRUPO | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. ARL

23. AFP | 24. IBC: $0.00 | 25. TARIFA COTIZACIÓN SGSSS: $0.00 | 26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: VDA. CAPIAL ALTO FINCA EL RECUERDO

TELÉFONO | TELEFONO CELULAR: 3204812462 | CORREO ELECTRÓNICO: ninininess2279@gmail.com | DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO: PULI | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: RURAL X | URBANA | IPS: 14475

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Diligencie si corresponde al pensionado del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN | 34. FECHA NACIMIENTO

32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	MPIO	DEPTO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
01											
02											
03											
04											
05											

Datos complementarios del Beneficiario

43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. PARENTESCO	46. DISCAPACIDAD	47. DISCAPACIDAD	48. DESCAPACIDAD	49. DISCAPACIDAD	50. Datos de residencia: NOMENCLATURA	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: RURAL	URBANA
01			SI NO	GRADO	SI NO	SI NO				
02										
03										
04										
05										

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. MES DE LA VEZ INFORMADO	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (SI REGISTRADA POR LA EPS)
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 | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o grupo de población (Solo para aportantes SPE)

59. Ubicación | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | TELEFONO FIJO O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO

VI. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. INGRESO
2. RETIRO
3. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
4. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
5. ACTUALIZACIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
6. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
7. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código
8. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
10. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

B. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ASOCIACIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA SEGUN CITEANDO
C. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES
D. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES
E. TRASLADO A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES
F. MOVILIDAD
G. ACTUALIZACIÓN DE DATOS
H. REINTEGRO CONTRACTUAL
I. ACTUALIZACIÓN NUMERACIÓN

J. TRASLADO
K. NUEVO INGRESO
L. CAMBIO RÉGIMEN
M. PERDIDA DE FALLECIMIENTO
N. REPORTE DE NOVEDAD DE AFILIACIÓN AL CESANTE
O. REPORTE DE LA SUSPENSIÓN DE PENSIONADO
P. REPORTE DE LA REANUDACIÓN DE PENSIONADO
Q. NO VINCULACIÓN SOLIDARIA
R. NO VINCULACIÓN SOLIDARIA

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 62. SEXO BIOLÓGICO | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN | CUNTT

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO | 65. EPS ANTERIOR: EPS002 | 66. FECHA DE NOVEDAD: 11 03 2026 | 67. MOTIVO DE TRASLADO: Código 5 | 68. TASA DE COMPENSACIÓN TARIFA UBC Y PRIMAS DE PENSIONES

VIII. 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) reportado(s) dependen económicamente de mí.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Autorización para que la EPS verifique la información suministrada en el presente formulario y de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no preexistencia 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 a 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 ley funcionen la reúnan.
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 prevista en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. Autorización para que la EPS realice consultas y reportes de información financiera sobre el cotizante o cabeza de familia y sus beneficiarios o afiliados adicionales.
77. Autorización para que la EPS me contacte con fines relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
78. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
79. Declaración de la conformación del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Estado vigente.

IX. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

80. 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 DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Nini Joanna Nieves

80. El cotizante o cabeza de familia cuando aplique 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 MD RC TI CC CE RC PA CD AS PT | Cantidad | Total

83. Copia del dictamen de incapacidad 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 declare la separación de cuerpos y 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. Copia del certificado de nacimiento del menor de edad o certificado de defunción de los padres o de declaración juramentada 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 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las que trata el literal correspondiente en los que conste la calidad de beneficiario 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

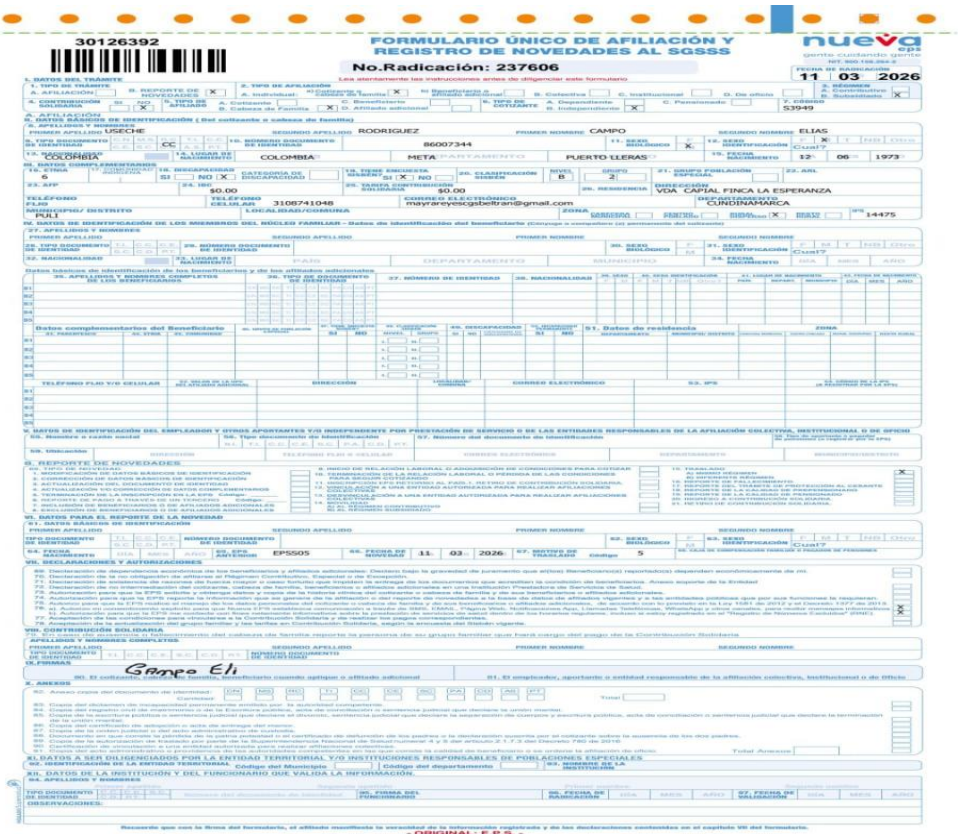
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número del documento de identidad | 96. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

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 VIII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

SOPORTE CASO 4



30126392

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No.Radicación: 237606

nueva eps

Fecha de radicación: 11 03 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

A. AFILIACIÓN: X | B. REPORTE DE NOVEDADES: | 2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: | B. Cotizante: X | C. Beneficiario: | D. Afiliado adicional: | E. Beneficiario a Amparo Adicional: | 3. RÉGIMEN: A. Contributivo: X | B. Subsidiado:

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI | NO: X | 5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante | B. Cabeza de Familia: X | C. Beneficiario | D. Afiliado adicional | 6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente | B. Independiente: X | C. Pensionado | 7. CÓDIGO: 53949

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO: USECHE | SEGUNDO APELLIDO: RODRIGUEZ | PRIMER NOMBRE: CAMPO | SEGUNDO NOMBRE: ELIAS

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 86007344 | 11. SEXO BIOLÓGICO: X | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: | Cual?

13. PAÍS: COLOMBIA | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | META | PUERTO LLERAS | 15. FECHA NACIMIENTO: 12 06 1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 | 17. AUTORIZACIÓN MENORES: SI | NO: X | 18. DISCAPACIDAD: SI | NO: X | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE ESCUELA MAÑANA: SI: X | NO | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN: B | NIVEL: 2 | GRUPO | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. ARL

23. AFP | 24. IBC: $0.00 | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00 | 26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: VDA CAPIAL FINCA LA ESPERANZA

TELÉFONO FIJO | TELÉFONO CELULAR: 3108741048 | CORREO ELECTRÓNICO: mayrareyescgabeltran@gmail.com | DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO: PULI | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: RESIDENCIA | FRONTERA | RIURAL: X | IPS: 14475

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

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN | Cual?

32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | 34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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	40. SEXO SENTENCIADO	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	46. DISCAPACIDAD SENSORIAL	47. DISCAPACIDAD	48. DISCAPACIDAD	49. DISCAPACIDAD	50. Datos de residencia			ZONA	
								DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/ COMUNA	ÁREA RURAL	ÁREA RURAL
01												
02												
03												
04												
05												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. MES DE LA VEZ DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. Código de la IPS (si requiere)
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: NIT | CC | CE | RC | TI | PA | CD | PPT | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante a quien pertenece el afiliado (si aplica) | 59. Código de la IPS

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

1. INCLUSIÓN 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. ACTUALIZACIÓN DE UBICACIÓN (DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO)
6. INGRESO DE PASO A TRAVÉS DE UN TRASLADO | 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
11. INGRESO POR PRIMERA VEZ AL SGSSS
12. INGRESO EPS DE PENSIONADO A PENSIONADO POR APORTE ADICIONAL
13. TRASLADO ENTRE EPS CONTRIBUTIVAS
14. SUSPENSIÓN COLECTIVA
15. RETIRO DE LA EPS CON LA QUE ESTABA AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES
16. RETIRO DE BENEFICIARIOS
17. RETIRO DE AFILIADOS CONTRIBUTIVOS
18. AL FALLECIMIENTO DEL AFILIADO

19. TRASLADO
20. MORA MAYOR A 90 DÍAS
21. RETIRO DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
22. REPORTE DEL TRÁMITE DE PENSIONADOS
23. REPORTE DE LA CAUSAL DE FALLECIMIENTO
24. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
25. NO TIPO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

51. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI | CC | CE | RC | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 52. SEXO BIOLÓGICO | 53. SEXO IDENTIFICACIÓN | Cual?

54. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO | 55. EPS ANTERIOR: EPS505 | 56. FECHA DE NOVEDAD: 11 03 2026 | 57. MOTIVO DE TRASLADO | Código: 5 | 58. TIPO DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A PAGAR AL PENSIONADO

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) reportado(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 acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. 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 ley funciones la requieran.
74. Autorización 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.
75. Autorización para que la EPS notifique a través de mensajes de texto, correo electrónico, llamadas telefónicas, WhatsApp u otros medios, para recibir comunicaciones informativas.
76. La Autorización para que la EPS me notifique con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los tiempos regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
77. Aceptación de las condiciones para circunstancias 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. Autorización para descuento del cabeza de familia respecto la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Campos Eli

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique 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: Correcto: | CPN | NVD | RCD | TI | CCL | CE | RC | PA | CDI | AS | PT | Total:

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de nacimiento 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 declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de 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 patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada 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 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
90. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de desplazado o refugiado.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de desplazado o refugiado.

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

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA	MES	AÑO

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

SOPORTE CASO 5



SaludTotal

Página 1 De 1

ECOGRAFÍA-ORDEN DE DIRECCIONAMIENTO

N°.Orden de Direccionamiento: Fecha y Hora: 20 Mar 2026 12:16 PM

ENTIDAD REPONSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS | Código : EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cédula de Ciudadanía | **Documento : 356201**
Nombre : JAIRO ADELIO ZAMUDIO LOPEZ | Fecha Nacimiento :08 Jun 1942
Plan:
Dirección : EL CAPIAL | Telefono :2000000
Departamento : CUNDINAMARCA | Municipio : Pulí
Telefono Celular : 3228340848 | E-Mail :

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : IDIME GIRARDOT | Nit : 800065396 | Código : 16108
Dirección : CR 7 A 21 06 CL 21 7 44 52 | Telefono :601 8884005 WhatsApp: 3212008509
Municipio : Girardot | Departamento : CUNDINAMARCA

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Regimen : Subsidiado - POS - Evento | **Fecha Vencimiento : 16 Jun 2026**
Diagnosticos :I10X | No. Solicitud :03182026082260
Ubicación paciente : Ambulatorio | No. Prescripción:
Origen Servicio : Enfermedad General

SERVICIOS DIRECCIONADOS

Código	Cant	Nombre
8912110000	1	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)

PAGOS COMPARTIDOS

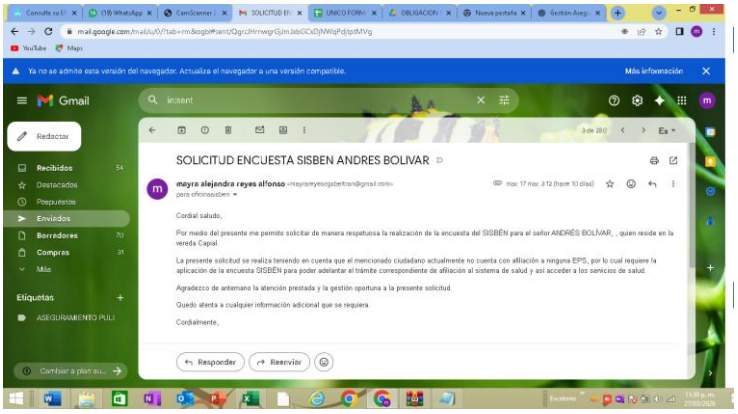
Tipo Recaudo : Sin Cobro | **Valor : 0**
Semanas Cotizadas : 1 | Porcentaje : | Valor Maximo :

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre : YinedBB | Cargo o Actividad : Cargo General
Telefono : | Telefono :
Telefono Celular : | Dirección :
Ips que prescribe :

OBSERVACIONES

SOPORTE CASO 6



Soporte caso 7

Las canalizaciones realizadas durante el presente mes que no tuvieron efectividad quedan en estado “En proceso”, teniendo en cuenta que el puesto de salud cuenta con disponibilidad de agenda para el mes de abril.

Como compromiso, se acuerda realizar mesa de trabajo con la auxiliar del puesto de salud, con el fin de coordinar y garantizar el agendamiento oportuno de dichas canalizaciones, las cuales corresponden a servicios de medicina general, odontología y enfermería.

De igual manera, se establece que estos usuarios serán programados y priorizados en la el mes de abril, con el objetivo de asegurar la atención efectiva. Puesto de salud.

CONCLUSIONES

- Las canalizaciones realizadas durante el mes no lograron efectividad inmediata debido a la disponibilidad de agenda del puesto de salud, la cual se encuentra habilitada para el mes de abril
- Los casos identificados permanecen en estado “En proceso”, garantizando su respectivo seguimiento hasta lograr la atención efectiva.
- Se evidencia la necesidad de fortalecer la articulación con el puesto de salud para optimizar los tiempos de agendamiento en servicios de medicina general, odontología y enfermería.
- Se establece como acción prioritaria la realización de una mesa de trabajo con la auxiliar del puesto de salud para coordinar el agendamiento de las canalizaciones pendientes.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS:

COMPROMISO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
Realizar mesa de trabajo con la auxiliar del puesto de salud, con el fin de coordinar y organizar el agendamiento de las canalizaciones pendientes.	continuo	corresponsal de salud aps
Gestionar el agendamiento oportuno de los usuarios canalizados a los servicios de medicina general, odontología y enfermería durante el mes de abril	continuo	corresponsal de salud aps
Hacer seguimiento continuo a los casos que se encuentran en estado “En proceso” hasta garantizar la atención efectiva.	continuo	corresponsal de salud aps
Incluir y priorizar a los usuarios canalizados dentro de la jornada de salud programada para el mes de abril	continuo	corresponsal de salud aps
Fortalecer la articulación y comunicación permanente con el puesto de salud para evitar retrasos en futuras canalizaciones.	continuo	corresponsal de salud aps