

**Salud Total** EPS-S

|                  |                     |
|------------------|---------------------|
| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
| 4016959674       | 17/06/2026          |

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

|                                                                                                                                                                                                                    |  |                                              |  |                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                              |                                             |                                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>1.tipo de tramite</b>                                                                                                                                                                                           |  | 2.Tipo afiliacion                            |  | <b>A. Individual:</b><br>-Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/><br>-Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/><br><b>D. De oficio</b> <input type="checkbox"/> |  | <b>3.Regimen</b>                                                                                                                                                             |                                             | <b>4.Contribución Solidaria</b> |  |
| <b>A. Afiliación</b> <input type="checkbox"/> <b>B.Reporte de Novedades</b> <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                    |  | <b>B. Colectiva</b> <input type="checkbox"/> |  | <b>C. Institucional</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                       |  | <b>A.Contributivo</b> <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/><br><b>B.Subsidiado</b> <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |                                             |                                 |  |
| <b>5. Tipo de afiliado</b>                                                                                                                                                                                         |  |                                              |  | <b>6. Tipo de cotizante</b>                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                              | <b>7.Código</b><br>(a registrar por la EPS) |                                 |  |
| <b>A. Cotizante</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>B. Cabeza de Familia</b> <input type="checkbox"/> <b>C. Beneficiario</b> <input type="checkbox"/> <b>D. Afiliado adicional</b> <input type="checkbox"/> |  |                                              |  | <b>A. Dependiente</b> <input type="checkbox"/> <b>B. Independiente</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>C. Pensionado</b> <input type="checkbox"/>                                               |  |                                                                                                                                                                              | <input type="text" value="59"/>             |                                 |  |

**A. AFILIACIÓN**

|                                |  |                                       |                               |  |                                                                                 |  |                                                                                                                                                            |  |                 |
|--------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|
| 8. Apellidos y nombres         |  |                                       |                               |  |                                                                                 |  |                                                                                                                                                            |  |                 |
| SEPULVEDA<br>Primer apellido   |  |                                       | MALDONADO<br>Segundo apellido |  |                                                                                 |  | PATRICIA<br>Primer nombre                                                                                                                                  |  | Segundo nombre  |
| 9. Tipo documento de Identidad |  | 10. Número del documento de Identidad |                               |  | 11. Sexo biológico                                                              |  | 12. Sexo identificación                                                                                                                                    |  |                 |
| CC                             |  | 1065660482                            |                               |  | 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 |  |                 |
| 13. Nacionalidad               |  |                                       | 14. Lugar Nacimiento          |  |                                                                                 |  | 15. Fecha Nacimiento                                                                                                                                       |  |                 |
| COLOMBIA                       |  |                                       | País: COLOMBIA                |  | Departamento: CESAR                                                             |  | Municipio: VALLEDUPAR                                                                                                                                      |  | 1/9/02   1/9/94 |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

|                                                                                                     |  |                                                                |  |                                                 |  |                                                                                                                                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 16.Etnia<br><div>6</div>                                                                            |  | 17.Comunidad                                                   |  | 18.Discapacidad<br>Categoría Discapacidad       |  | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                |  |
| 19.Tiene encuesta SISBEN<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>      |  | 20.Clasificación SISBEN<br>Nivel <div></div> Grupo <div></div> |  | 21.Grupo población especial<br><div></div>      |  |                                                                                                                                                                                                   |  |
| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL<br>SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. |  | 23. Administradora de Pensiones<br>PORVENIR FPC                |  | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>1750905 |  | 25. Tarifa Contribución Solidaria                                                                                                                                                                 |  |
| 26.Residencia                                                                                       |  |                                                                |  |                                                 |  |                                                                                                                                                                                                   |  |
| CR 21 35 34<br>Dirección                                                                            |  | Telefono fijo                                                  |  | 3017971727<br>Telefono celular                  |  | PATRICIASM1994@GMAIL.COM<br>Correo electronico                                                                                                                                                    |  |
| CESAR<br>Departamento                                                                               |  | VALLEDUPAR<br>Municipio/Distrito                               |  | Localidad / comuna                              |  | zona Urbana cabecera municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/><br>Urbana centro poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/> |  |

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

|                                                                                         |  |  |                                                                          |  |  |                                                                      |  |  |                                                                                                                                                                          |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <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: 40px; 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>35. Apellidos y nombres</b>                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

[illegible]

| Datos complementarios del Beneficiario |           |               |                       |              |                   |                  |                 |
|----------------------------------------|-----------|---------------|-----------------------|--------------|-------------------|------------------|-----------------|
| 43. Representación                     | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo poblacional | 47. Encuesta | 48. Clasificación | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad |

|                         |  |           |  |                    |  |                      |                |                |             |                           |  |                                                                     |  |            |  |
|-------------------------|--|-----------|--|--------------------|--|----------------------|----------------|----------------|-------------|---------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|------------|--|
| 43. Parentesco          |  | 44. Etnia |  | 45. Comunidad      |  | 46. Tipo de especial |                | SISBEN         |             | SISBEN                    |  | Categoría                                                           |  | Permanente |  |
| B1                      |  |           |  |                    |  |                      |                | Si             |             | No                        |  | Si                                                                  |  | No         |  |
| B2                      |  |           |  |                    |  |                      |                |                |             |                           |  |                                                                     |  |            |  |
| B3                      |  |           |  |                    |  |                      |                |                |             |                           |  |                                                                     |  |            |  |
| B4                      |  |           |  |                    |  |                      |                |                |             |                           |  |                                                                     |  |            |  |
| B5                      |  |           |  |                    |  |                      |                |                |             |                           |  |                                                                     |  |            |  |
| 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 CLINICA LOPERENA - VS CLINICA LOPERENA | VSCLOPEREN - VSCLOPEREN                       |  |
| 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) |  |
| PATRICIA SEPULVEDA MALDONADO |  | CC                                    |  | 1065660482                                     |  | 01                                                                   |  |
| 59. Ubicación                |  |                                       |  |                                                |  |                                                                      |  |
| CR 21 35 34<br>Dirección     |  | 3017971727<br>Teléfono fijo o celular |  | PATRICIASM1994@GMAIL.COM<br>Correo electrónico |  | CESAR<br>Departamento                                                |  |
|                              |  |                                       |  |                                                |  | VALLEDUPAR<br>Municipio/distrito                                     |  |

