

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4017125491	1 5 0 7 2 0 2 6

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 afiliacion		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐		B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐ Si ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado		6. Tipo de cotizante		7. Código (a registrar por la EPS)			
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐				3	

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres									
OSORIO Primer apellido			BRAVO Segundo apellido				JOHN Primer nombre		FREDY Segundo nombre
9. Tipo documento de Identidad		10. Número del documento de Identidad			11. Sexo biológico		12. Sexo identificación		
CC		16512881			Femenino ☐ Masculino ☒		F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
13. Nacionalidad		14. Lugar Nacimiento				15. Fecha Nacimiento			
COLOMBIA		País: COLOMBIA Departamento: VALLE Municipio: BUENAVENTURA				03/09/1974			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia 6		17.Comunidad		18.Discapacidad Categoría Discapacidad		Si ☐ No ☒	
19.Tiene encuesta SISBEN SI ☐ NO ☒		20.Clasificación SISBEN Nivel Grupo		21.Grupo población especial 			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotizacion - IBC 1750905		25. Tarifa Contribución Solidaria	
26.Residencia							
CR 18 A 31 D 35 SUR Dirección		Telefono fijo		3134782340 Telefono celular		JOHNFREDYOSORIO2@GMAIL.COM Correo electronico	
BOGOTA Departamento		BOGOTA Municipio/Distrito		CIUDAD BOLÍVAR Localidad / comuna		zona Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

27. Apellidos y nombres											
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre		
28. Tipo documento de identidad			29. Número documento identidad			30. Sexo biológico			31. Sexo identificación		
						Femenino ☐ Masculino ☐			F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
32. Nacionalidad			33. Lugar Nacimiento			34. Fecha Nacimiento					
			País: Departamento: Municipio:								

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales									
35. Apellidos y nombres									

[illegible]

Datos complementarios del Beneficiario							
43. Sexo	44. Edad	45. Estado civil	46. Grupo poblacional	47. Encuesta	48. Clasificación	49. Discapacidad	50. Incapacidad

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Población especial		SISBEN		SISBEN		47. Discapacidad		48. Permanente	
								Si		No		Si		No	
B1															
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.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)	
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA	
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)	
JOHN FREDY OSORIO BRAVO		CC		16512881		01	
59. Ubicación							
CR 18 A 31 D 35 SUR Dirección		3134782340 Teléfono fijo o celular		JOHNFREDYOSORIO2@GMAIL.COM Correo electrónico		BOGOTA Departamento	
						BOGOTA Municipio/distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización documento de identidad

☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripcion 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 relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.

☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 14. Movilidad:

☐ A. Régimen Contributivo

☐ B. Régimen Subsidiado

☒ 15.Traslado:

☒ A. Mismo régimen

☐ B. Diferente régimen

☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia

☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante

☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado

☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado

☐ 20. Ingreso a contribución solidaria

☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

62. Sexo biológico

Femenino ☐

Masculino ☐

63.Sexo identificación

F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior

POL001

66.Fecha de Novedad

1|5|0|7|2|0|2|6

67.Motivo de traslado

Código:

68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69.☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72.☐ Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

75.☒ 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 Decr eto 1377 de 2013

76.☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto

77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse 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 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

John Osorio

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

John Osorio

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 ☒ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐

Cantidad:

Total:

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 91. 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.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del Departamento

93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de identidad

Número documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación

97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.