

BOGOTA, Junio 23 de 2026

Señora:

CALDERON RUIZ DIBY JOHANA

CC. 1014208774CL 72 F 113 21 CNJ MIRADOR DE LOS CEREZOS 4 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 12 de 2011. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
CALDERON RUIZ DIBY JOHANA	1014208774	C	Ago-12-2011	330	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
CALDERON RUIZ DIBY JOHANA	1014288774	C	Sep-30-2010	0	0	COTIZANTE	NO VIGENTE	Sep-30-2010	Usuario Duplicado	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
ASULADO SEGUROS DE VIDA S A	1014208774	Pensionado por sustitución	VIGENTE
CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS	1014208774	Dependiente	CERRADO
DIBY JOHANA CALDERON RUIZ	1014208774	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
DIBY JOHANA CALDERON RUIZ	1014208774	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCI	1014208774	Pensionado por sustitución	CERRADO
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCI	1014208774	Pensionado por sustitución	CERRADO
OPALCOL SA	1014208774	Dependiente	CERRADO
TRABAJADORES TEMPORALES LTDA	1014208774	Dependiente	CERRADO
TRABAJADORES TEMPORALES LTDA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN U M B	1014208774	Dependiente	VIGENTE
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO
UNIVERSITARIA AGUSTINIANA UNIAGUSTINIANA	1014208774	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016377131	2 0 0 2 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		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒		B. Colectiva ☐		C. Institucional ☐		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										
CALDERON Primer apellido			RUIZ Segundo apellido				DIBY Primer nombre		JOHANA Segundo nombre	
9.Tipo documento de Identidad		10.Número del documento de Identidad			11.Sexo biológico		12.Sexo identificación			
CC		1014208774			Femenino ☒ Masculino ☐		F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐			
13. Nacionalidad		14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento				
COLOMBIA		País: COLOMBIA		Departamento: BOGOTA		Municipio: BOGOTA		01/03/1999/0		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia		17.Comunidad		18.Discapacidad		Si ☐		No ☒	
6				Categoria Discapacidad					
19.Tiene encuesta SISBEN			20.Clasificación SISBEN			21.Grupo población especial			
SI ☐ NO ☒			Nivel		Grupo				
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL			23. Administradora de Pensiones			24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS			PORVENIR FPC			1750905			
26.Residencia									
CL 72F 113 21 Dirección			2987654 Telefono fijo		3017865469 Telefono celular		DIBYJOACR@GMAIL.COM Correo electronico		
BOGOTA Departamento			BOGOTA Municipio/Distrito		Localidad / comuna		zona		
							Urbana cabecera municipal ☒		Rural dispersa ☐
							Urbana centro poblado ☐		Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

[illegible]

Datos complementarios del Beneficiario

[illegible]

51. Datos de residencia

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

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS			54.Código de la IPS(a registrar por la EPS)	
C	VS NUESTRO BOGOTA - VS NUESTRO BOGOTA		VSNBOGOTA - VSNBOGOTA	
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)	
DIBY JOHANA CALDERON RUIZ		CC		1014208774		01	
59. Ubicación							
CL 72F 113 21 Dirección		2987654 Teléfono fijo o celular		DIBYJOACR@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

66.Fecha de Novedad
0|1|0|2|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





80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

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

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIBY JOHANA CALDERON RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.014.208.774**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Junio del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.