

23/7/2021

Correo: TRANSPORTES PACIFICO SA - Outlook

Outlook

Buscar

Reunirse ahora

Mensaje nuevo

Responder Eliminar Archivo No deseado Limpiar Mover a Categorías

Favoritos

Carpetas

Bandeja de... 33

emprendedor...

Correo no de... 6

Borradores

Elementos e... 2

Elementos ... 20

Archivo

Notas

Archive 526

eliminados

Historial de co...

TTQ

Carpeta nueva

Grupos

Registro de afiliación oficiosa

Marca para seguimiento.

Servicioalcliente@saludtotal.com.co
Jue 22/07/2021 9:18 AM
Para: Usted

Respetado: HECTOR FABIO VELEZ MUÑOS

Reciba un cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S.

Queremos informar que hemos registrado su solicitud de afiliación oficiosa del afiliado identificado con el documento: C 18603328 de acuerdo con lo digitado por usted en nuestro portal www.saludtotal.com.co

Para consultar por el estado de su solicitud puede comunicarse a través de los medios telefónicos de su ciudad información que podrá consultar en nuestra página web, referenciando el número de caso 0722215739.

Ratificamos nuestro total compromiso con ustedes apoyándolos en todo lo que resulte necesario, oportuno y procedente para garantizar a nuestros protegidos servicios con calidad y oportunidad.

Cordialmente

Gerente de Servicio al Cliente
Salud Total EPS-S

Responder Reenviar

Actualizar a
Microsoft 365 con
Características de
Outlook Premium

SaludTotal

NIT 800.130.907-4

Las instrucciones que se encuentran antes al formulario antes de diligenciarlo

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

Fecha de Radicación

22/07/2021

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres Velez Muñoz Hector Fabio	7. Tipo de documento de identidad cc	8. Número del documento de identidad 18603328	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 13/06/1982
--	---	--	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Sociales ARL positiva	16. Administradora de Pensiones proteccion	17. Ingreso base de cotización -IBC 408526	
18. Residencia B/Las Carmelitas Tado	19. Teléfono Fijo 311 394 2006	20. Transparencia transparencia	21. Municipio/Distrito Choer

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

22. Tipo de documento de identidad	23. Número del documento de identidad	24. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	25. Fecha de nacimiento
------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

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

26. Apellidos y nombres	27. Tipo de documento de identidad	28. Número del documento de identidad	29. Sexo	30. Fecha de nacimiento
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

31. Parentesco	32. Etnia	33. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	34. Datos de residencia Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular	35. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

36. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	37. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	
B	

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

38. Nombre o razón social	39. Tipo de documento de identidad	40. Número del documento de identificación	41. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Grupal proagro	cc	901269581	
km 6.5 vía yuto 318	318	transparencia	Choer

ORIGINAL EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-P001 V 2.0-2020

SaludTotal
EPS-S

NIT 800.130.907-4

Las instrucciones que encontrará en este formulario antes de diligenciarlo.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CODIGO DE BARRAS

No. DE RADICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 corrección de datos complementarios.
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código
☐ 6. Reinscripción en la EPS.
☐ 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. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ B. Diferente Régimen
☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento <input type="text"/>
43. EPS anterior <input type="text"/>		44. Motivo de traslado <input type="text"/>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
☐ 50. 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.
☐ 51. 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 la requieran.
☐ 52. 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 Decreto 1377 de 2013.
☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
---	--

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC
Cantidad: Total
☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
☐ 59. 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.
☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación <input type="text"/>	69. Fecha de validación <input type="text"/>
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Primer nombre <input type="text"/> Segundo nombre <input type="text"/>			
Tipo documento de identidad <input type="text"/>		71. Firma del funcionario <input type="text"/>	

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 EPS
COPIA APORTANTE

M-PYGA-F001 V 2.0-2020