

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 oficia

① Marca para seguimiento.

S 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 oficia 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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS															
Salud Total EPS NIT 800.130.907-4 <small>Las instrucciones que se encuentran anexas al formulario serán de obligación</small>															
CÓDIGO DE BARRAS															
No. DE RADICACIÓN															
Fecha de Radicación 22072021															
I. DATOS DEL TRÁMITE															
1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen											
<input checked="" type="checkbox"/> A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades		<input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio		<input checked="" type="checkbox"/> A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia -Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>											
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Régimen											
<input checked="" type="checkbox"/> A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario		<input type="checkbox"/> A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado		<input checked="" type="checkbox"/> A. Contributivo <input type="checkbox"/> B. Subsidiado											
A. AFILIACIÓN															
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)															
6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento							
Velez		12		18603328		<small>Población:</small> <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino		<small>Lugar de nacimiento:</small> 13061982							
III. DATOS COMPLEMENTARIOS <small>Datos personales</small>															
11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial									
<small>ARL</small> positiva.		<small>Tipo:</small> protección.		<small>Condición:</small> 3113942006		<small>908526</small>									
15. Administradora de Riesgos laborales		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización -IBC											
<small>Las Carmelitas</small> Tado		<small>Zona:</small> Urbanas		<small>Localidad/Comuna:</small> Chorot											
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR <small>Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante</small>															
19. Apellidos y nombres															
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre									
<small>de identidad:</small> B1															
<small>Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales</small>															
24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento							
<small>Primer apellido:</small> B1						<small>Femenino</small> B1		<small>Masculino</small> B1							
<small>Datos complementarios</small>															
29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Tipo		Condición							
<small>B1</small>		<small>Ethnicity:</small> B1		<small>Type:</small> F		<small>Condition:</small> P									
<small>32. Datos de residencia</small>															
Municipio/Distrito		Zona		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional							
<small>B1</small>								<small>(A registrar por la EPS)</small> B1							
<small>Selección de la IPS Primaria</small>															
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS															
<small>Código de la IPS (a registrar por la EPS)</small>															
<small>C B B B B</small>															
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO															
35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)									
<small>Consorcio Circular Proyecto</small>		<small>NIT</small>		<small>901269581</small>		<small>(a registrar por la EPS)</small> Dependencia									
<small>39. Ubicación</small>															
<small>Km 6 vía Yuto 318201667 Transpacífico Chot Quibdo</small>															
<small>ORIGINAL EPS</small> <small>COPIA APORTANTE</small>															
<small>M-PYGA-F001 V 2.0-2020</small>															

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS																						
 NIT 800.130.907-4	CÓDIGO DE BARRAS	No. DE RADICACIÓN																				
<i>Las instrucciones quedarán encuadradas en el formulario antes de diligenciarlo.</i>																						
B. REPORTE DE NOVEDADES																						
40. Tipo de Novedad <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.</td><td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.</td><td><input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.</td><td><input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.</td><td><input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código _____</td><td><input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Misma Régimen</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.</td><td><input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.</td><td><input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.</td><td><input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.</td><td><input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.</td><td><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.</td></tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo	<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado	<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código _____	<input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Misma Régimen	<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen	<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.	<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.	<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.	<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas																					
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas																					
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo																					
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado																					
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código _____	<input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Misma Régimen																					
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen																					
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.																					
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.																					
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.																					
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.																					
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD																						
41. Datos básicos de identificación <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%;">Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Tipo de documento de identidad</td> <td><input type="text"/> Número del documento de identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</td> <td><input type="text"/> Fecha de nacimiento</td> </tr> <tr> <td>43. EPS anterior</td> <td>44. Motivo de traslado Código _____</td> <td>45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones</td> <td>42. Fecha 23072021</td> </tr> </table>			Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	<input type="text"/> Tipo de documento de identidad	<input type="text"/> Número del documento de identidad	<input type="checkbox"/> Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/> Fecha de nacimiento	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código _____	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	42. Fecha 23072021								
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																			
<input type="text"/> Tipo de documento de identidad	<input type="text"/> Número del documento de identidad	<input type="checkbox"/> Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/> Fecha de nacimiento																			
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código _____	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	42. Fecha 23072021																			
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES																						
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 49. Declaración de no intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC Cantidad: <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 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	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación																			
Código del departamento	Puntaje	Nivel																				
70. Datos del funcionario que realiza la validación <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Primer apellido</td> <td style="width: 25%;">Segundo apellido</td> <td style="width: 25%;">Primer nombre</td> <td style="width: 25%;">Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Tipo documento de identidad</td> <td><input type="text"/> Número del documento de identidad</td> <td colspan="2">71. Firma del funcionario</td> </tr> </table>				Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	<input type="text"/> Tipo documento de identidad	<input type="text"/> Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario												
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre																			
<input type="text"/> Tipo documento de identidad	<input type="text"/> Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario																				
OBSERVACIONES: <small>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.</small>																						
<small>ORIGINAL EPS COPIA APORTANTE</small>																						
<small>M-PYGA-F001 V 2.0-2020</small>																						