

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016091215	1 3 0 1 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 <input type="checkbox"/>		B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
5. Tipo de afiliado				6. Tipo de cotizante		7. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>				A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		1	

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres									
PAREDES Primer apellido			REALES Segundo apellido			RUSBEL Primer nombre			DAVID Segundo nombre
9.Tipo documento de Identidad		10.Número del documento de Identidad		11.Sexo biológico		12.Sexo identificación			
CC		77175815		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input checked="" 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: Municipio:			1/3/0/5/1/9/7/3				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia <div>6</div>		17.Comunidad		18.Discapacidad Categoría Discapacidad		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
19.Tiene encuesta SISBEN SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		20.Clasificación SISBEN Nivel <div></div> Grupo <div></div>		21.Grupo población especial <div></div>			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC 1750905		25. Tarifa Contribución Solidaria	
26.Residencia							
CL 6 SUR 50D 42 BRR 7 DE ABRIL Dirección		Telefono fijo		3153015058 Telefono celular		DAVID6@GMAIL.COM Correo electronico	
CESAR Departamento		VALLEDUPAR Municipio/Distrito		170 Localidad / comuna		zona Urbana cabecera municipal <input type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/> Urbana centro poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>	

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		
<div style="border: 1px solid black; width: 50px; 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"/>		
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 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)
INGEOMEGA SA		NIT	800027813	
59. Ubicación				
CR 55 B 72 A 116 ITAGUI Dirección	3142462 Teléfono fijo o celular	NOMINA@INGEOMEGA.COM Correo electrónico		ANTIOQUIA Departamento
				MEDELLIN 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		63.Sexo identificación		64.Fecha de nacimiento	
<input type="text"/>		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			
65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado		68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			
	1 3 0 1 2 0 2 6	Código: <input type="text"/>					

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					
<input type="text"/>							

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: 0

☐ 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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			
<input type="text"/>							
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.