

Salud Total EPS-S

| |
|---------------------|
| Fecha de Radicación |
| 1/7/01/2/02/5 |

Página 1 de 2

A. AFILIACIÓN

| | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|--|---|--|
| 55. Nombre o razón social | | 56. Tipo de identificación | 57. Número de documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
| NELSON DE JESUS RAIGOSA VILLA | | CC | 79277333 | 01 |
| 59. Ubicación | | | | |
| CL 44 46 11 Dirección | 3122953 Teléfono fijo o celular | NATALIA DIAZ ASESOR SEGUROS.01@GMAIL.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

Femenino ☐

Masculino ☐

63.Sexo identificación

F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior

66.Fecha de Novedad

67.Motivo de traslado

68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

17|0|1|2|0|2|5

Código:

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 Contributvo,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

Nelson Raigosa

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

Nelson Raigosa

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 perdida 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.

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) NELSON DE JESUS RAIGOSA VILLA identificado(a) con CC número 79277333 está afiliado(a) a nuestra ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES, como Trabajador Independiente Voluntario, a partir del 18 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025. Tarifa: 4,350%.

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web <https://www.laequidadarl.coop> el día viernes 17 de enero de 2025, a solicitud del interesado.

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00014509230002047436.

Cordialmente,



LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

Una aseguradora cooperativa con sentido social.
EQUIDAD SEGUROS DE VIDA Organismo Cooperativo - NIT 830008686-1
Carrera 9A N°. 99-07 Piso 12
PBX: 592 2929 | 600 3131 - FAX 520 0738

www.laequidadseguros.coop



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

En su condición de administradora del
FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

NELSON RAIGOSA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.277.333**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

