

**Salud Total** EPS-S

|                  |                     |
|------------------|---------------------|
| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
| 4014100536       | 3/10/1202/5         |

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

|                                                                                                                                                                                                                    |  |                                              |  |                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                     |                                             |                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|
| <b>1.tipo de tramite</b>                                                                                                                                                                                           |  | <b>2.Tipo afiliacion</b>                     |  | <b>A. Individual:</b> -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>         |  | <b>3.Regimen</b>                                                                                                                                    |                                             | <b>4.Contribución Solidaria</b>                                    |  |
| <b>A. Afiliación</b> <input type="checkbox"/> <b>B.Reporte de Novedades</b> <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                    |  | <b>B. Colectiva</b> <input type="checkbox"/> |  | <b>C. Institucional</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                         |  | <b>D. De oficio</b> <input type="checkbox"/> <b>A.Contributivo</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>B.Subsidiado</b> <input type="checkbox"/> |                                             | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |  |
| <b>5. Tipo de afiliado</b>                                                                                                                                                                                         |  |                                              |  | <b>6. Tipo de cotizante</b>                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                     | <b>7.Código</b><br>(a registrar por la EPS) |                                                                    |  |
| <b>A. Cotizante</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>B. Cabeza de Familia</b> <input type="checkbox"/> <b>C. Beneficiario</b> <input type="checkbox"/> <b>D. Afiliado adicional</b> <input type="checkbox"/> |  |                                              |  | <b>A. Dependiente</b> <input type="checkbox"/> <b>B. Independiente</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>C. Pensionado</b> <input type="checkbox"/> |  |                                                                                                                                                     | <input type="text" value="3"/>              |                                                                    |  |

**A. AFILIACIÓN**

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                                                                                 |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>8. Apellidos y nombres</b><br><div> <div>CALDERON</div> <div>Primer apellido</div> </div> <div> <div>GUZMAN</div> <div>Segundo apellido</div> </div> <div> <div>INGRID</div> <div>Primer nombre</div> </div> <div> <div>LIZETH</div> <div>Segundo nombre</div> </div> |  |                                                                                                                                                                          |  |  |                                                                                                                                                 |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| <b>9. Tipo documento de Identidad</b><br><div> <div>CC</div> </div>                                                                                                                                                                                                      |  | <b>10. Número del documento de Identidad</b><br><div>1121881081</div>                                                                                                    |  |  | <b>11. Sexo biológico</b><br><div> <div>Femenino <input checked="" type="checkbox"/></div> <div>Masculino <input type="checkbox"/></div> </div> |                                                      | <b>12. Sexo identificación</b><br><div> <div>F <input checked="" type="checkbox"/></div> <div>M <input type="checkbox"/></div> <div>T <input type="checkbox"/></div> <div>NB <input type="checkbox"/></div> <div>Otro <input type="checkbox"/></div> <div>Cual</div> </div> |  |  |
| <b>13. Nacionalidad</b><br><div>COLOMBIA</div>                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>14. Lugar Nacimiento</b><br><div> <div>Pais:</div> <div>COLOMBIA</div> <div>Departamento:</div> <div>META</div> <div>Municipio:</div> <div>VILLAVICENCIO</div> </div> |  |  |                                                                                                                                                 | <b>15. Fecha Nacimiento</b><br><div>04/08/1991</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

|                                                                                                |  |                                                                |  |                                                 |  |                                                                                                                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 16.Etnia<br><div>6</div>                                                                       |  | 17.Comunidad                                                   |  | 18.Discapacidad<br>Categoría Discapacidad       |  | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                   |  |
| 19.Tiene encuesta SISBEN<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | 20.Clasificación SISBEN<br>Nivel <div></div> Grupo <div></div> |  | 21.Grupo población especial<br><div></div>      |  |                                                                                                                                                                                                      |  |
| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL<br>POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS                  |  | 23. Administradora de Pensiones<br>PORVENIR FPC                |  | 24. Ingreso base de cotización - IBC<br>1423500 |  | 25. Tarifa Contribución Solidaria                                                                                                                                                                    |  |
| 26.Residencia                                                                                  |  |                                                                |  |                                                 |  |                                                                                                                                                                                                      |  |
| CL 16 1 64<br>Dirección                                                                        |  | Telefono fijo                                                  |  | 3102817916<br>Telefono celular                  |  | LIZETHCALDERON2011@GMAIL.COM<br>Correo electronico                                                                                                                                                   |  |
| META<br>Departamento                                                                           |  | GRANADA<br>Municipio/Distrito                                  |  | Localidad / comuna                              |  | zona<br>Urbana cabecera municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/><br>Urbana centro poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/> |  |

#### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

|                                                                                         |  |  |                                       |                             |  |                                                                      |  |                             |                                                                                                                                                                          |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>27. Apellidos y nombres</b>                                                          |  |  |                                       |                             |  |                                                                      |  |                             |                                                                                                                                                                          |  |  |
| Primer apellido                                                                         |  |  | Segundo apellido                      |                             |  | Primer nombre                                                        |  |                             | Segundo nombre                                                                                                                                                           |  |  |
| <b>28. Tipo documento de identidad</b>                                                  |  |  | <b>29. Número documento identidad</b> |                             |  | <b>30. Sexo biológico</b>                                            |  |                             | <b>31. Sexo identificación</b>                                                                                                                                           |  |  |
| <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"/> |  |  |
| <b>32. Nacionalidad</b>                                                                 |  |  |                                       | <b>33. Lugar Nacimiento</b> |  |                                                                      |  | <b>34. Fecha Nacimiento</b> |                                                                                                                                                                          |  |  |
|                                                                                         |  |  |                                       | País:                       |  | Departamento:                                                        |  | Municipio:                  |                                                                                                                                                                          |  |  |

| Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales |                  |               |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|----------------|
| 35. Apellidos y nombres                                                             |                  |               |                |
| Primer apellido                                                                     | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|                                                                                     |                  |               |                |

[illegible]

| Datos complementarios del Beneficiario |           |               |                       |              |                   |                  |                 |
|----------------------------------------|-----------|---------------|-----------------------|--------------|-------------------|------------------|-----------------|
| 43. Representación                     | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo poblacional | 47. Encuesta | 48. Clasificación | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad |
|                                        |           |               |                       |              |                   |                  |                 |

|                |  |           |  |               |  |                      |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                       |  |                        |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |      |  |
|----------------|--|-----------|--|---------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------|--|------------------------|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|-----|--|------|--|
| 43. Parentesco |  | 44. Etnia |  | 45. Comunidad |  | 46. Tipo de vivienda |  | 47. Tipo de ocupación |  | 48. Tipo de actividad |  | 49. Tipo de ocupación |  | 50. Tipo de actividad |  | 51. Tipo de actividad |  | 52. Tipo de actividad |  | 53. Tipo de actividad |  | 54. Tipo de actividad |  | 55. Tipo de actividad |  | 56. Tipo de actividad |  | 57. Tipo de actividad |  | 58. Tipo de actividad |  | 59. Tipo de actividad |  | 60. Tipo de actividad |  | 61. Tipo de actividad |  | 62. Tipo de actividad |  | 63. Tipo de actividad |  | 64. Tipo de actividad |  | 65. Tipo de actividad |  | 66. Tipo de actividad |  | 67. Tipo de actividad |  | 68. Tipo de actividad |  | 69. Tipo de actividad |  | 70. Tipo de actividad |  | 71. Tipo de actividad |  | 72. Tipo de actividad |  | 73. Tipo de actividad |  | 74. Tipo de actividad |  | 75. Tipo de actividad |  | 76. Tipo de actividad |  | 77. Tipo de actividad |  | 78. Tipo de actividad |  | 79. Tipo de actividad |  | 80. Tipo de actividad |  | 81. Tipo de actividad |  | 82. Tipo de actividad |  | 83. Tipo de actividad |  | 84. Tipo de actividad |  | 85. Tipo de actividad |  | 86. Tipo de actividad |  | 87. Tipo de actividad |  | 88. Tipo de actividad |  | 89. Tipo de actividad |  | 90. Tipo de actividad |  | 91. Tipo de actividad |  | 92. Tipo de actividad |  | 93. Tipo de actividad |  | 94. Tipo de actividad |  | 95. Tipo de actividad |  | 96. Tipo de actividad |  | 97. Tipo de actividad |  | 98. Tipo de actividad |  | 99. Tipo de actividad |  | 100. Tipo de actividad |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |      |  |
| B1             |  | B2        |  | B3            |  | B4                   |  | B5                    |  | B6                    |  | B7                    |  | B8                    |  | B9                    |  | B10                   |  | B11                   |  | B12                   |  | B13                   |  | B14                   |  | B15                   |  | B16                   |  | B17                   |  | B18                   |  | B19                   |  | B20                   |  | B21                   |  | B22                   |  | B23                   |  | B24                   |  | B25                   |  | B26                   |  | B27                   |  | B28                   |  | B29                   |  | B30                   |  | B31                   |  | B32                   |  | B33                   |  | B34                   |  | B35                   |  | B36                   |  | B37                   |  | B38                   |  | B39                   |  | B40                   |  | B41                   |  | B42                   |  | B43                   |  | B44                   |  | B45                   |  | B46                   |  | B47                   |  | B48                   |  | B49                   |  | B50                   |  | B51                   |  | B52                   |  | B53                   |  | B54                   |  | B55                   |  | B56                   |  | B57                   |  | B58                    |  | B59 |  | B60 |  | B61 |  | B62 |  | B63 |  | B64 |  | B65 |  | B66 |  | B67 |  | B68 |  | B69 |  | B70 |  | B71 |  | B72 |  | B73 |  | B74 |  | B75 |  | B76 |  | B77 |  | B78 |  | B79 |  | B80 |  | B81 |  | B82 |  | B83 |  | B84 |  | B85 |  | B86 |  | B87 |  | B88 |  | B89 |  | B90 |  | B91 |  | B92 |  | B93 |  | B94 |  | B95 |  | B96 |  | B97 |  | B98 |  | B99 |  | B100 |  |
| B1             |  | B2        |  | B3            |  | B4                   |  | B5                    |  | B6                    |  | B7                    |  | B8                    |  | B9                    |  | B10                   |  | B11                   |  | B12                   |  | B13                   |  | B14                   |  | B15                   |  | B16                   |  | B17                   |  | B18                   |  | B19                   |  | B20                   |  | B21                   |  | B22                   |  | B23                   |  | B24                   |  | B25                   |  | B26                   |  | B27                   |  | B28                   |  | B29                   |  | B30                   |  | B31                   |  | B32                   |  | B33                   |  | B34                   |  | B35                   |  | B36                   |  | B37                   |  | B38                   |  | B39                   |  | B40                   |  | B41                   |  | B42                   |  | B43                   |  | B44                   |  | B45                   |  | B46                   |  | B47                   |  | B48                   |  | B49                   |  | B50                   |  | B51                   |  | B52                   |  | B53                   |  | B54                   |  | B55                   |  | B56                   |  | B57                   |  | B58                    |  | B59 |  | B60 |  | B61 |  | B62 |  | B63 |  | B64 |  | B65 |  | B66 |  | B67 |  | B68 |  | B69 |  | B70 |  | B71 |  | B72 |  | B73 |  | B74 |  | B75 |  | B76 |  | B77 |  | B78 |  | B79 |  | B80 |  | B81 |  | B82 |  | B83 |  | B84 |  | B85 |  | B86 |  | B87 |  | B88 |  | B89 |  | B90 |  | B91 |  | B92 |  | B93 |  | B94 |  | B95 |  | B96 |  | B97 |  | B98 |  | B99 |  | B100 |  |
| B1             |  | B2        |  | B3            |  | B4                   |  | B5                    |  | B6                    |  | B7                    |  | B8                    |  | B9                    |  | B10                   |  | B11                   |  | B12                   |  | B13                   |  | B14                   |  | B15                   |  | B16                   |  | B17                   |  | B18                   |  | B19                   |  | B20                   |  | B21                   |  | B22                   |  | B23                   |  | B24                   |  | B25                   |  | B26                   |  | B27                   |  | B28                   |  | B29                   |  | B30                   |  | B31                   |  | B32                   |  | B33                   |  | B34                   |  | B35                   |  | B36                   |  | B37                   |  | B38                   |  | B39                   |  | B40                   |  | B41                   |  | B42                   |  | B43                   |  | B44                   |  | B45                   |  | B46                   |  | B47                   |  | B48                   |  | B49                   |  | B50                   |  | B51                   |  | B52                   |  | B53                   |  | B54                   |  | B55                   |  | B56                   |  | B57                   |  | B58                    |  | B59 |  | B60 |  | B61 |  | B62 |  | B63 |  | B64 |  | B65 |  | B66 |  | B67 |  | B68 |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |     |  |      |  |

Selección de la IPS Primaria

|                                                        |                                         |                                             |  |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|--|
| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS |                                         | 54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |  |
| C                                                      | MULTISALUD GRANADA - MULTISALUD GRANADA | MULTIGRANA - MULTIGRANA                     |  |
| 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) |  |
| INGRID LIZETH CALDERON GUZMAN |  | CC                                    |  | 1121881081                                         |  | 01                                                                   |  |
| 59. Ubicación                 |  |                                       |  |                                                    |  |                                                                      |  |
| CL 16 1 64<br>Dirección       |  | 3102817916<br>Teléfono fijo o celular |  | LIZETHCALDERON2011@GMAIL.COM<br>Correo electrónico |  | META<br>Departamento                                                 |  |
|                               |  |                                       |  |                                                    |  | GRANADA<br>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

EPSS41

66.Fecha de Novedad

3|1|0|1|2|0|2|5

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 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



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 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.

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

## CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido

Segundo apellido (o de casada)

Primer nombre

Segundo nombre

CALDERON

GUZMAN

INGRID

LIZETH

No de identificación

Tipo de documento

Fecha de nacimiento

Sexo

Fecha diligenciamiento

1121881081

RC TI ☒ CE PA

1991 08 04

M ☒

2025 31 01

## CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? ☒ NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? ☒ NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? ☒ NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☒ NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☒ NO

Medio de entrega deseado: Electrónico ☒ Físico ☐

### CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

“Yo: INGRID LIZETH CALDERON GUZMAN identificado con el documento de identidad: 1121881081 C No. 1121881081, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico lizethcalderon2011@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante):



Nombres y Apellidos: INGRID LIZETH CALDERON GUZMAN

Número de identificación: 1121881081

Fecha de diligenciamiento

2025 31 01

## FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) \_\_\_\_\_ identificado (a) con el documento de identidad: No. \_\_\_\_\_ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad No. \_\_\_\_\_ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

### Firma A Ruego



Nombres y Apellidos:  
Documento de Identidad:  
Edad:  
Domicilio:

Nombres y apellidos de la persona de quien  
no sabe firmar

**Huella digital del cotizante**  
(en caso de no saber firmar)

## AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoría o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S S.A.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web: [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co), igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: [protecciondatos@saludtotal.com.co](mailto:protecciondatos@saludtotal.com.co), al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ 1121881081

**[www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co)**  
**Línea local en Bogotá 4854555**  
**Línea Nacional de atención al cliente 018000114524**  
**Síguenos en  Salud Total EPS. Oficial**

Tu salud no  
es a medias  
debe ser *total*

***SaludTotal***  
EPS S

M-PYGA-F097 V 2.0 2021