- ORIGINAL: E.P.S. -

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156 264-7

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [✓] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] Cotizante o cabeza de familia [✓] B) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. MEDIDA: A. Ninguna [✓] B. Convencional [ ] C. Sentencia [ ]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [✓] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [✓] C. Pensionado [ ]

FECHA DE LA SOLICITUD: 06 | 01 | 2022

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: OVIEDO
SEGUNDO APELLIDO:
PRIMER NOMBRE: IVAN
SEGUNDO NOMBRE: DANIEL

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1030338
9. SEXO:
10. FECHA NACIMIENTO: 15 | 04 | 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código Étnico
12. DISCAPACIDAD: Tipo / Condición
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1.520.000
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: DIAGONAL 50 #20-00
ZONA: U [ ] R [✓]
(CIUDAD / LOCALIDAD): CALIBIO
BARRIO: CIUDADV
CÓDIGO IPS: 7067
CIUDAD / MUNICIPIO: POPAYAN
DEPARTAMENTO: CAUCA
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO MÓVIL: 3122350004
CORREO ELECTRÓNICO: DANIELOVIEDO54@HOTMAIL.COM

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO:
SEGUNDO APELLIDO:
PRIMER NOMBRE:
SEGUNDO NOMBRE:
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
22. SEXO:
23. FECHA NACIMIENTO:
CÓDIGO IPS:

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. EDAD	31. DISCAPACIDAD: Tipo / Condición
1								
2								
3								
4								

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (no diligenciar la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R [ ] U [ ]					I [ ] II [ ]	
2			R [ ] U [ ]					I [ ] II [ ]	
3			R [ ] U [ ]					I [ ] II [ ]	
4			R [ ] U [ ]					I [ ] II [ ]	

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 documento de identidad
37. Número documento de identidad
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 06 | 01 | 2022
CARGO: INDEPENDIENTE
SALARIO: 1'520.000

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/O 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 PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
A) RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

42. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO:
SEGUNDO APELLIDO:
PRIMER NOMBRE:
SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
SEXO:
FECHA NACIMIENTO:
42. FECHA (a partir de):
43. EPS ANTERIOR Código:
44. MOTIVO DE TRASLADO Código:
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de si 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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no preexistencia del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Declaración de no preexistencia con base en la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. 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. [ ]
52. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la prestación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

Iván Daniel Oviedo.

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del 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 [ ] CE [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [1] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
Total [1]

57. Copia del documento 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 patria potestad 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 | Código del Departamento
67. Datos del SISBEN
Número de Ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo Documento de identidad
Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES.

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es veraz y corresponde a la verdad.

Escaneado con CamScanner

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900 156 264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, IVAN DANIEL OVIEDO identificado (a) con ☐ ☐ ☑ ☐ Otro: _____
número 10.303.348 de POPAYAN, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SI ☑ NO ☐
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SI ☑ NO ☐
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SI ☑ NO ☐
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SI ☑ NO ☐
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SI ☑ NO ☐
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SI ☑ NO ☐
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SI ☑ NO ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3122350004
y/o correo electrónico DANIELOVIEDO54@HOTMAIL.COM
SI ☐ NO ☐

Cordialmente,

Firma: Ivan Daniel Oviedo
Tipo ID: CC No. ID: 10303348
Fecha (dd/mm/aaaa): 07012022
Dirección: DIAGONAL 50 # 20-00
Tel: 3122350004 Municipio POPAYAN
Departamento: CAUCA

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hace NUEVA EPS S.A. en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consultada al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: ANGELLY TAFUR
Código AB30 Oficina popayan

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms «short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y el encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado
- solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a lo, datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4183000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr (a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de si misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	PERSONA VINCULADA PREVIA	SI	X	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI	
ABOGADO	Positiva.	Colpensiones	1'510.000		NO			NO	X

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐
Primaria ☐ Básica secundaria o media vocacional ☐ Técnico Profesional ☐ Especialización ☐ Ninguno ☐
Básica Primaria ☐ Básica secundaria ☐ Tecnológico ☐ Maestría ☐ Aprendiz ☐

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐

Inicio Contrato: 06 ENERO 2022 Plan Contrato: 31 DICIEMBRE 2022

SOLO DILIGENCIAR SI ES CERTIFICANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO: Nombre del Tercero | Tipo de Identificación: NIT C.C. T.I. C.E. | Identificación del Tercero que realiza el Aporte | DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	Código GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	Código DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	FIRMA Y FECHA
Angelly TAFUR	AB30				

Escaneado con CamScanner