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

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN X — B. REPORTE DE NOVEDADES
2. TIPO DE AFILIACIÓN — A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia X — b) Beneficiario o afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De oficio
3. RÉGIMEN: C. Contributivo X — S. Subsidiado
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante X — CF Cabeza de Familia — BE Beneficiario
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente — D. Independiente X — C. Pensionado
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA MES AÑO
A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: BARBOSA — SEGUNDO APELLIDO: RODRIGUEZ — PRIMER NOMBRE: ALEJANDRA — SEGUNDO NOMBRE: —
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI X CE PA CD SC
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1018509923
9. SEXO: F X M
10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 14 MES 03 AÑO 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código
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
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CRA 87 A 53-41 SUR
ZONA: U X R.
LOCALIDAD / COMUNA: Kennedy
BARRIO: BETANIA
CIUDAD / MUNICIPIO: BOGOTA
DEPARTAMENTO: C/MARCA
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL
CÓDIGO IPS
CORREO ELECTRÓNICO: aleja.rodriguez@outlook.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: TI CC CE PA CD
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F M
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
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. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1				F M	DÍA MES AÑO			F. N. M. T. P.	
2				F M				F. N. M. T. P.	
3				F M				F. N. M. T. P.	
4				F M				F. N. M. T. P.	
5				F M				F. N. M. T. P.	

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO (La diligencia la EPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.				I. II. III.	
2			R. U.				I. II. III.	
3			R. U.				I. II. III.	
4			R. U.				I. II. III.	

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO
SIXTA TULIA CARREÑO

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: ALEJANDRA BARBOSA
36. Tipo documento de identidad: CC CE PA CD NI
37. Número documento de identidad: 1018509923 DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
CIUDAD / MUNICIPIO — DEPARTAMENTO — TELÉFONO FIJO — TELÉFONO MÓVIL — CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 15 11 22
CARGO: ENDEPTE
SALARIO: 1024.000

D. 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 PÉRDIDA 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
12. MOVILIDAD — A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO — B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO — A) MISMO 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

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI CC CE PA CD SC
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F M
FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA MES AÑO
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 la 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 acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
49. Permanencia de la información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS realice la verificación de la información suministrada en el formulario.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a las bases de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
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.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico y/o celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

ALEJANDRA BARBOSA
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 X PA CE CD SC
Cantidad: 1
Total

57. Copia del documento de identidad permisión de ingreso por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara 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 declara la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acta de entrega para custodia.
62. Documento en que conste la petición 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 la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificado de nacimiento vivo emitido oficialmente para recién nacidos prematuros.
65. Copia de los documentos, o certificados de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o de cónyuge en 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: DÍA MES AÑO
69. Fecha de validación: DÍA MES AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo documento de identidad — Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

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, ALEJANDRA BARBOSA RODRIGUEZ identificado (a) con [ ] [X] Otro: 1.018.509.923
número _____ de BOGOTA, certifico que:

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

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al
teléfono celular No. _____
y/o correo electrónico: _____
SÍ☐ No☐

Cordialmente,

Firma: ALEJANDRA BARBOSA
Tipo ID: CC No. ID: 1.018.509.923
Fecha (dd/mm/aaaa): 14-03-1999
Dirección: cra 87 # 53-41 sur
Tel: 3013475149 Municipio Bogotá
Departamento: Cimarca

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 hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

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

Información de NUEVA EPS
Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

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 1999, 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 al 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 los 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) 4193000
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 del 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 sí 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	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ / NO
			$				

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐
Preescolar ☐ Básica académica o clásica (bachillerato básico) ☐ Técnica Profesional ☐ Especialización ☐ Último Grado Aprobado _____
Básica Primaria ☐ Media técnica (bachillerato básico) ☐ Tecnológica ☐ Maestría ☐

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato | Fin Contrato

AUTORIZO (AMOS) TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA RESPONDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO — Nombre del Tercero | Tipo de Identificación: NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ C.D. ☐ | Identificación del Tercero que realiza el Aporte | DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

NOMBRE DE GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	NOMBRE DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

Escaneado con CamScanner