

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE		2. TIPO DE AFILIACIÓN		3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN ☒	B. REPORTE DE NOVEDADES ☐	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☒ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		C. Contributivo ☐ S. Subsidiado ☒	
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COTIZANTE		CÓDIGO	
CO Cotizante ☒ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		FECHA DE LA SOLICITUD	
A. AFILIACIÓN				22 M 11 2023	

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	
PRIMER APELLIDO	OCAMPO
SEGUNDO APELLIDO	ROMERO
PRIMER NOMBRE	MIRIAM
SEGUNDO NOMBRE	JASBLEIDY
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	R.C. T.I. CX. C.E. P.A. C.D. S.C.
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1024498925
9. SEXO	X M
10. FECHA NACIMIENTO	21 09 1989
11. DATOS COMPLEMENTARIOS	
11. ORIGEN ÉTNICO	Código
12. DISCAPACIDAD	Tipo F N M Condición T P
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	SURA
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	PROTECCION
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	1.160.000
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CALLE 69 B SUR No. 73D - 14 U. ☒ R. ☐
19. LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
20. CIUDAD / MUNICIPIO	BOGOTA
21. DEPARTAMENTO	BOGOTA
22. TELÉFONO FIJO	3177432917
23. TELÉFONO MÓVIL	3177432917
24. CORREO ELECTRÓNICO	jasandre2919ale@gmail.com
25. CÓDIGO IPS	

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	T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
22. SEXO	F M
23. FECHA NACIMIENTO	DÍA MES AÑO
24. 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. ETNA	31. DISCAPACIDAD
1	CN RC TI CC CE PA SC		F M	DÍA MES AÑO			F. N. M. T. P.
2	CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M. T. P.
3	CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M. T. P.
4	CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M. T. P.
32. DATOS DE RESIDENCIA		33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)		34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (PS)		NIVEL DE SISBEN	
1	Ciudad / Mpio. Departamento Zona Teléfono Fijo Teléfono Móvil					I. H. I. H. I. H.	
2						I. H. I. H. I. H.	
3						I. H. I. H. I. H.	
4						I. H. I. H. I. H.	

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
	C.C. C.E. P.A. C.D. N.I.			
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	DÍA MES AÑO	CARGO	SALARIO	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD	41. INSCRIPCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	42. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	43. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	44. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS	45. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS	46. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS	47. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
48. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	49. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADJUNCIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR	50. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	51. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	52. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	53. MOVILIDAD	54. A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	55. B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
56. TRASLADO	57. MISMO RÉGIMEN	58. DIFERENTE RÉGIMEN	59. REPORTE DE FALLECIMIENTO	60. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	61. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	62. 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	R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.
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 acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad	
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
50. 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.	
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base 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 1561 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	

VIII. FIRMAS

54. Firma de 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 CC PA CE CD SC	Total
Cantidad:		
57. Copia del dictamen 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 orden judicial 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	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje
		Nivel	
DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario
Primer apellido	Segundo apellido
Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad

OBSERVACIONES:

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, **OCAMPO ROMERO-MIRIAM JASBLEIDY** identificado (a) con **R.C.** **T.I.** **C.X.** **C.E.** Otro: _____
número **1024498925** de **BOGOTA**, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	Sí ☒ No ☐	Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____ y/o correo electrónico: _____ 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 ☐	

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: **CC** No. ID: **1024498925**
Fecha (dd/mm/aaaa): **22/11/2023**
Dirección: **CALLE 69 B SUR No. 73D - 14**
Tel: _____ Municipio **BOGOTA**
Departamento: **BOGOTA**



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 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.

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 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 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 de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión 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
Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐			\$				
Nivel de Escolaridad: Preescolar ☐ Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ Básica Primaria ☐ Media técnica (bachillerato básico) ☐ Tecnológica ☐ Maestría ☐ Aprobado ☐				Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐			
				Inicio Contrato		Fin Contrato	
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDE 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		NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			T.I.	C.D.			

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	
					CIUDAD Y FECHA