- 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 900.156.264-2

## I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

**1. TIPO DE TRÁMITE** — A. AFILIACION [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 [ ] S. Subsidiado [ ]

**4. TIPO DE AFILIADO** — CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]

**5. TIPO DE COTIZANTE** — A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

**CÓDIGO**

**FECHA DE LA SOLICITUD** 29 12 2023

A. AFILIACIÓN

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

**6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS**

PRIMER APELLIDO: Toloza — SEGUNDO APELLIDO: Rueda — PRIMER NOMBRE: Sandra — SEGUNDO NOMBRE: Janneth

**7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** [X] — **8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 52506.225 — **9. SEXO** X — **10. FECHA NACIMIENTO** 22 02 1979

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

| 11. ORIGEN ETNICO | 12. DISCAPACIDAD | 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES |
|---|---|---|---|---|
| Código: | Tipo: Condición: | | | SURA |

| 16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES | 17. INGRESO BASE DE COTIZACION - IBC | 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | ZONA | LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO |
|---|---|---|---|---|---|
| Porvenir | 1'160.000 | Cll 55 sur # 98c-20 | U. X R. [ ] | Bosa | Porvenir |

| CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO | CÓDIGO IPS |
|---|---|---|---|---|---|
| Bogota | Cundinamarca | | 3134920048 | JannethToloza2013@hotmail.c | |

## 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. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 22. SEXO | 23. FECHA NACIMIENTO (DIA / 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. NUMERO DE IDENTIDAD | 27. SEXO | 28. FECHA DE NACIMIENTO | 29. PARENTESCO | 30. ETNIA | 31. DISCAPACIDAD Tipo | 31. DISCAPACIDAD Condicion |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | F. N. M. | T. P. |
| 2 | | | | | | | | F. N. M. | T. P. |
| 3 | | | | | | | | F. N. M. | T. P. |
| 4 | | | | | | | | F. N. M. | T. P. |

| | 32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio. | Departamento | Zona | Telefono Fijo | Telefono Móvil | 33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS) | 34. Nombre de la Institucion 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 Razon Social | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número documento de Identidad | DV | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | CIUDAD - MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELEFONO FIJO | TELEFONO MOVIL | CORREO ELECTRONICO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL (DIA / MES / AÑO) | CARGO | SALARIO |
|---|---|---|
| | | |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. TIPO DE NOVEDAD**

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACION Y/O CORRECCION 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 [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
    A) MISMO REGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE 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 | NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO (DIA / MES / AÑO) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 la no obligación de afiliarse al Regimen 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 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, del reporte de novedades, a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades publicas que por sus funciones lo 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. [ ]

## 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: tipo de documento de soporte: [CN] [RC] [TI] [CE] [PA] [CF] [CD] [SC]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

[ ] Copia del documento de identidad permanente emitido por la autoridad competente.
[ ] Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
[ ] Copia de la escritura pública de 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.
[ ] Copia del documento de identidad de la persona a cargo (menor).
[ ] Copia de la sentencia judicial o proceso administrativo.
[ ] Declaración juramentada de la madre, la cual contenga: la ausencia de los padres y la declaración expresa bajo el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
[ ] Copia del documento de identidad del padre o madre (cotizante) de la Registraduría Nacional del Estado Civil.
[ ] Copia del documento de identidad del beneficiario mayor de edad.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial | 67. Datos del SISBÉN | 68. Fecha de radicación (DIA / MES / AÑO) | 69. Fecha de validación (DIA / MES / AÑO) |
|---|---|---|---|
| Código del Municipio: Código del departamento: | Número de ficha: Puntaje: Nivel: | | |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Tipo documento de identidad | Numero de documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

OBSERVACIONES

Con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 2a. COPIA AFILIADO

# ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

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

Yo, Sandra Jonneth Toloza Rueda identificado (a) con RC TI X CE Otro: _____
numero 52506.225 de Bogota, 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. Lei el contenido de la carta de derechos y deberes | SI☐ No☐ |
| 4. Lei 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. Entendi y comprendi 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 envie información al teléfono celular No. 3134920048
y/o correo electrónico: jannethToloza2013@hotmail.com
SI☒ No☐

Cordialmente

Firma: [signature]
Tipo ID: CC No. ID 52506.225
Fecha (dd/mm/aaaa): 29-12-2023
Dirección: Cll 55 sur # 98c-20
Tel: 3134920048 Municipio BOGOTA
Departamento: Cundinamarca

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 terminos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relacion con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A. en sujecion a la politica para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consultela 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 articulos 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 esta 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 este 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 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 Terminos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Politica de Confidencialidad y Proteccion de Datos.

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

| ACTIVIDAD ECONOMICA | ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES | ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN | POSEE VIVIENDA PROPIA | SI / NO | PRODUCTOR AGROPECUARIO | SI / NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | $ | | | | |

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Preescolar ☐ Básico Primaria ☐ Secundaria ☐ Media academica o clasica "bachillerato basico" ☐ Media tecnica (bachillerato basico) ☐ Normalista ☐ Tecnica Profesional ☐ Tecnologica ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Maestria ☐ Doctorado ☐ Ultimo Grado Aprobado _____

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

Inicio Contrato | Fin Contrato

SEÑOR USUARIO: "TRABAJADOR INDEPENDIENTE CONTRATISTA" DEBE 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 GENERARA UNA MORA A CARGO, HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE EL RETIRO AL SISTEMA. (DECRETO 806 ART. 1° DE 1998 Y ART. 58 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 del GESTOR o PROMOTOR | CODIGO GESTOR o PROMOTOR | Nombre DIRECTOR COMERCIAL | CODIGO DIRECTOR | Causal Inconsistencia y/o Observaciones | CIUDAD Y FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |