

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

“Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado”

FORMULARIO VÍA WEB

Nº759395058

I. DATOS DEL TRÁMITE

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 ☐						19 07 2023		

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS														
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE					
UMAÑA			ARIAS			ISRAEL								
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		R.C.	T.I.		C.E.	P.A.	C.D.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO		10. FECHA NACIMIENTO	10	07	1966
								X						

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO		Código	12. DISCAPACIDAD			13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN			14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL			15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		
			Tipo F N M Condición T P									SURA		
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES		17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC			18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			ZONA		LOCALIDAD / COMUNA		BARRIO		
PROTECCION		1.160.000						U. R.						
CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO			TELÉFONO FIJO			TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO		CÓDIGO IPS		
BOGOTA		BOGOTA								jdanielmala@gmail.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		T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	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	
				CN RC TI CC CE PA SC								F M		DÍA MES AÑO							Tipo Condición	
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					33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL					34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)					NIVEL DE SISBEN		GRUPO POBLACIONAL					
Ciudad / Mpio.		Departamento		Zona		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil														
1				R. U.																		
2				R. U.																		
3				R. U.																		
4				R. U.																		

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		
CONSTRUCCIONES CJR			S.C. C.E. P.A. C.D. X			900614731								
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN			BOGOTA			BOGOTA			3105554689			TELÉFONO MÓVIL		
CALLE 70 # 112B-20			BOGOTA			BOGOTA			3105554689			jdanielmala@gmail.com		
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL			CARGO			SALARIO								
20 07 2023			Ayudante de Construccin			\$1.160.000								

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD		8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		13. MOVILIDAD	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		☐		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		☐		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		☐		14. TRASLADO	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		☐		A) MISMO RÉGIMEN	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS		☐		B) DIFERENTE RÉGIMEN	
Código				☐	
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS		☐		15. REPORTE DE FALLECIMIENTO	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		☐		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		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)		43. EPS ANTERIOR			44. MOTIVO DE TRASLADO			45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES								
DÍA MES AÑO		Código			Código											

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 mi.		☐
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 1581 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	CG	PA	CE	CD	SC	
Cantidad:		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Total <input type="text"/>
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
70. Datos del funcionario que realiza la validación															
Primer apellido				Segundo apellido				Primer nombre				Segundo nombre			
Tipo documento de identidad				Número del documento de identidad				71. Firma del funcionario							

OBSERVACIONES:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Recuerde que 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.

VIGILADO SuperSalud

IMPRESO POR: CIZAMATERIA S.A. NIT 800.175.457-3 TEL. 488.2110

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



FORMULARIO VÍA WEB

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

Yo, _____ identificado (a) con

R.C.

T.I.

C.C.

C.E.

Otro: _____

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

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

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

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.

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		PRODUCTOR AGROPECUARIO		SÍ	
						\$				NO				NO	
Nivel de Escolaridad	Ninguno	☐ Secundaria	☐ Normalista	☐ Profesional	☐ Doctorado	Posición Ocupacional		Patrón/Empleador	☐ Contratista	☐ Trabaja por su Cuenta					
	Preescolar	☐ Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐ Técnica Profesional	☐ Especialización	☐ Último Grado	Inicio Contrato		Fin Contrato							
	Básico Primaria	☐ Media técnica (bachillerato básico)	☐ Tecnológica	☐ Maestría	☐ Aprobado										
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				Tipo de Identificación	NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	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			
								CIUDAD Y FECHA	