CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CAMILO CERON RAMIREZ identificado(a) con CC 1061715289 se encuentra afiliado a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	**01/07/2019**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CLINICA CARDIOQUIRURGICA DE NARIÑO SEDE PRAGA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 28 días del mes de enero del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

SOPORTE DE AFILIACIÓN Y/O REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS - SAT

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Angie Melo Cancino
ASESOR COMERCIAL
CEL: 318 283 8251

No. de Radicación SAT

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: N0531

AFILIACIÓN
CONTRIBUTIVO: X | SUBSIDIADO: | CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Ceron | SEGUNDO APELLIDO: Ramirez | PRIMER NOMBRE: Camilo | SEGUNDO NOMBRE:

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1061715289 | 9. SEXO BIOLÓGICO: X

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F | T | NB | 10. FECHA NACIMIENTO: 20 | 01 | 1989 | PAÍS DE NACIMIENTO: colombia | 11. NACIONALIDAD: colombia.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO: Pasto | DEPARTAMENTO: Nariño | ZONA: Urbana | TELÉFONO MÓVIL: 3014784289

TELÉFONO FIJO | EXT. | CORREO ELECTRÓNICO: camiloc517@gmail.com | IPS: 20293 | IPS ODONTOLÓGICA: 20293.

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD INDÍGENA	31. SEXO	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1												
2												
3												
4												
5												

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	SISBÉN NIVEL	SISBÉN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
	calle 16C N 42-32 la colina.										
1											
2											
3											
4											
5											

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

39. Nombre o Razón Social | 40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 41. Número documento de identidad | DV | 42. Tipo de aportante o pagador de pensiones: independiente

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | TIPO NOMENCLATURA URBANA RURAL | COMPLEMENTO DIRECCIÓN | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | ZONA | TELÉFONO | TELÉFONO MÓVIL | EXT.

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 01 | 02 | 2025 | CARGO: independiente | OCUPACIÓN: independiente | SALARIO: 1423500

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique: Camilo Ceron R.

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

VIGILADO Supersalud