



Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO	HIGUERA	SEGUNDO APELLIDO	GONZALEZ
PRIMER NOMBRE	ANGIE	SEGUNDO NOMBRE	TATIANA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS									
16. ETNIA	17. COMUNIDAD	18. DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN	22. ARL		

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDIGENA	18. DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
06		SI ☐ NO ☒	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD					

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

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

Datos complementarios del Beneficiario	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN?	48. CLASIFICACIÓN SISBEN	49. DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE	51. Datos de residencia	ZONA
		SI NO	Nivel Grupo	SI NO CATEGORIA DE	SI NO		

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
----------------------------------	---	------------------	--------------------------	---------------------------	----------------	--

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

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

B. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

IX.FIRMAS

IX.FIRMAS

X. ANEXOS

X. ANEXOS

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

XI.DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

OBSERVACIONES:									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -



ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

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

Yo, **ANGIE TATIANA HIGUERA GONZALEZ** identificado (a) con

R.C.

T.I.

☒

C.E.

S.C.

C.D.

P.E.

P.T.

número **1121718601** de _____, certifico que:

1

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

Sí

☒

No

☐

2

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

Sí

☒

No

☐

3

¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

Sí

☒

No

☐

4

¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?

Sí

☒

No

☐

5

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?

Sí

☒

No

☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. **3208151707**

y/o correo electrónico: **tataiguera@gmail.com**

Sí

☒

No

☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico.

Sí

☒

No

☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web <https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes>

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta

SI

☒

NO

☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: **CC** No. ID: **1121718601**
Fecha de Solicitud: **(22/05/2025)**
Dirección: **CL 31 KR 4- 2**
Tel: **3208151707** Municipio: **INÍRIDA**
Departamento: **GUAINÍA**

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 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. .

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.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: **01 8000 954400**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Conmutador: **(601) 419 3000**

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 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
PSICOSOCIAL		PORVENIR	\$ 1.423.500		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		22/05/2025		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 ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
SANDRA V. HOLGUIN G.	C1926		

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGIE TATIANA HIGUERA GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.718.601**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Mayo del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.