ACTA No 54

FECHA: Fusagasugá, 30 de enero de 2024

HORA: 4:00 p.m. – 5:00 p.m.

LUGAR: Oficina de trabajo social comunidad de cuidado Hogar Francisco y Clara.

TEMA: Coordinaciones realizadas con otras instituciones.

ASISTENTES: Profesionales de trabajo social del Hogar Francisco y Clara.

ORDEN DEL DÍA:

1. Saludo de bienvenida.
2. Actividades realizadas con otras instituciones.
3. Agradecimiento y despedida.

DESARROLLO:

La actividad de coordinaciones con otras instituciones se desarrolló, utilizando el teléfono y el computador de la oficina del área de trabajo social, con el fin de realizar las acciones necesarias para la prestación del servicio con instituciones privadas y públicas, garantizando los derechos de las personas mayores para un envejecimiento activo y feliz.

El día de hoy 30 de enero se realiza la elaboración del acta siendo las 4:00 p.m, en la cual se relacionan las gestiones que se realizaron con otras instituciones durante todo el mes:

- El día 9 de enero la profesional del área de trabajo social realiza contacto telefónico con la asesora encargada de las afiliaciones de la Nueva E.P.S, con el fin de programar las afiliaciones que están pendientes del mes de diciembre, definiendo fecha para el día 17 de enero de 2024.
- El día 9 de enero una jefe de enfermería en compañía de una profesional de trabajo social, se acercan a las instalaciones del Hospital San Rafael, con el fin de tener una reunión con el área del SIAU, con el fin de aclarar las responsabilidades que tienen los auxiliares de enfermería en el acompañamiento a las personas mayores que se encuentran hospitalizadas y los deberes que tiene el personal de enfermería del hospital en los procesos de hospitalización de las personas mayores; reunión que se llevó a cabo con bastante receptividad por parte la profesional encargada de la oficina del SIAU y las profesionales de la comunidad de cuidado, logrando de esta manera un dialogo cordial y una jornada satisfactoria para ambas partes.
- El día 11 de enero la profesional del área de trabajo social envía carta de solicitud de afiliación de

persona mayor a la secretaria de salud municipal, quienes informan que se debe coordinar con la asesora de la Nueva E.P.S, la fecha en que se realice la jornada de afiliación en la comunidad de cuidado, para incluir a las personas del mes de diciembre y la persona mayor que ingreso los primeros días del mes de enero.

- El día 17 de enero se logra llevar a cabo la jornada de afiliación de la Nueva E.P.S, en las instalaciones de la comunidad de cuidado, logrando la afiliación de las 7 personas mayores que se encontraban pendientes del trámite; momento en el que también se aprovechó la presencia de la funcionaria para verificar el estado de afiliación de quienes tienen pendiente la activación, quien informa que a partir del 1 de febrero seis de las personas mayores que se habían afiliado desde el mes de julio ya podrán contar con el servicio en la I.P.S Hospital San Rafael del municipio.
- El día 18 de enero se realiza radicación de carta al señor Edwin Joe Rodríguez Marín representante legal del consorcio ALEPH SAS, con el fin de solicitar la posibilidad que las personas mayores puedan acceder a la oportunidad de ocupar posibles cargos que se encuentren disponibles en dicha empresa, recibiendo respuesta verbal negativa por parte del representante en el momento de radicar las carta.
- El día 16 de enero se radican de manera presencial carta en la Parroquia Nuestra Señora de Belén, con el fin de gestionar la entrega de algunos medicamentos con los que no cuentan las farmacias de las E.P.S donde las personas mayores se encuentran afiliadas.
- Los días 2, 4, 9, 11, 15, 18, 22, 25 y 29 de enero la profesional del área se desplazó a las instalaciones de Efecty, Banco Colombia y Exito, ubicadas en el centro del municipio para realizar los retiros de dineros que los referentes familiares y /o sociales les enviaron a las personas mayores: Balbina Vásquez, Jorge Leal, Carlos Baquero, Emiliano Alejo, Luis Hernández, Elkin Camargo, Rosa Nieves, Carmen Gomez, Amparo Lopez, Martha Beltran, y Laura Urrea; e igualmente en dicha entidad se realizaron recargas a los teléfonos celulares o pagos de facturas de servicio móvil de algunas personas mayores.
- Los días 2, 4, 9, 11, 15, 18, 22, 25 y 29 de enero la profesional del área realizó compras en diferentes sitios comerciales del municipio, con el fin de colaborar a las personas mayores en compras de artículos personales que requerían, como son pilas para relojes, pilas para radios, cargadores para celulares y radios, arreglo de teléfonos y artículos de uso personal.

Finalmente siendo las 5:00 p.m. se da por terminada la consolidación del acta.

CONVOCATORIA: N/A.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Hna. María Flor Elba Zuluaga Duque	Coordinadora	Coordinación	Hna María Flor Elba Z
Paola Acosta Jiménez	Trabajadora Social	Trabajo Social	
Jenny Farías Gómez	Trabajadora Social	Trabajo Social	
Blanca Núñez	Trabajadora Social	Trabajo Social	

Anexos: Evidencias fotográficas y soportes de trámites.





Elaboró: Paola Acosta Jiménez

Trabajo Social

Fusagasugá, enero 11 de 2024

Señores:

SECRETARIA DE SALUD

Oficina de aseguramiento.

Cordial saludo:

Solicitamos muy amablemente autorizar el traslado de municipio y asignación de I.P.S. de la siguiente persona mayor, quien reside en nuestra institución Hogar Francisco y Clara y se encuentra incluida en la base de datos del listado censal de población especial del municipio de Fusagasugá.

1. Concepción Beltrán Sanabria c.c. 20.294.677

Agradecemos su atención y esperamos contar con su pronta gestión, ya que estas personas son población que guarda alta posibilidad de riesgo. (Anexamos documento de identidad).

Atentamente:

Paola Acosta Jiménez

c.c. 52.270.932 de Bogotá.

Trabajadora Social Hogar Francisco y Clara.

INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
NIT 890982597-7

Fusagasugá, enero 16 de 2024

Señores

PARROQUIA NUESTRA SEÑORA DE BELEN

Ref: Solicitud de medicamentos.

Cordial saludo,

La comunidad de cuidado Hogar Francisco y Clara es una institución ubicada en el municipio de Fusagasugá, quien tiene convenio con la secretaria distrital de integración social para personas mayores en estado de vulnerabilidad, la cual tiene como objetivo garantizar la promoción, protección y restablecimiento pleno de los derechos humanos de la población promoviendo el envejecimiento activo; con una cobertura de atención a 250 adultos mayores, de los cuales existen un grupo de personas que debido a los largos tiempos de activación para atención de salud en el municipio, no cuentan con los medicamentos, ni los servicios de consulta general y especialistas actualmente.

Es por ello que acudimos a ustedes y presentamos la solicitud de gestionar la donación de medicamentos de las personas mayores institucionalizadas, para que por medio de su generosidad, puedan acceder a la oportunidad de continuar con sus tratamientos.

Quedaremos atentos a su favorable respuesta

Atentamente

Paola Acosta Jiménez

Trabajadora Social Comunidad de Cuidado Hogar Francisco y Clara.

Tel: 3123374555.

Fusagasugá, enero 18 de 2024

Señores

CONSORCIO ALEPH S.A.S

Cordial saludo,

La comunidad de cuidado Hogar Francisco y Clara es una institución ubicada en el municipio de Fusagasugá, quien tiene convenio con la secretaria distrital de integración social para personas mayores en estado de vulnerabilidad, la cual tiene como objetivo garantizar la promoción, protección y restablecimiento pleno de los derechos humanos de la población promoviendo el envejecimiento activo; con una cobertura de atención a 250 adultos mayores, de los cuales existen un grupo de personas que gracias a sus habilidades laborales pueden acceder a la inclusión laboral y continuar con su proyecto de vida.

Es por ello que acudimos a ustedes y presentamos la propuesta de solicitar a su empresa la posibilidad que nuestras personas mayores puedan acceder a la oportunidad de ocupar posibles cargos que se encuentren disponibles.

Quedaremos atentos a su favorable respuesta

Atentamente

Paola Acosta Jiménez

Trabajadora Social Comunidad de Cuidado Hogar Francisco y Clara.

Tel: 3123374555.

Recibí.
Edwin Jo. Jim.
Enero 18/24.
4:20 p.m.

HOGAR FRANCISCO Y CLARA
KM 2 VIA PASCA VEREDA LOS SAUCES - FUSAGASUGA
TELEFONO: 3204624094

Gmail **trabajo social <trabajosocialhfc@gmail.com>**

Solicitud afiliación persona mayor Hogar Francisco y Clara.

1 mensaje

trabajo social <trabajosocialhfc@gmail.com> 11 de enero de 2024, 12:05
Para: ALEXANDER ARGÜELLO MORENO <aarguello@fusagasugacundinamarca.gov.co>, SANDRA LILIANA QUINTERO LAGUNA <slquintero@fusagasugacundinamarca.gov.co>

Cordial saludo,

Buenos días, me dirijo a ustedes con el fin de realizar gestión de afiliación a la Eps del municipio de Fusagasugá, es por ello que adjunto envió carta de solicitud para asignación de I.P.S de la persona mayor que recientemente se ha trasladado para residir en el Hogar Francisco y Clara y ya se encuentra registrada en el listado censal del municipio de fusagasugá. (Anexamos carta de solicitud y fotocopia documento de identidad de la persona mayor).

Igualmente solicitamos gestionar la jornada de afiliación de las seis personas mayores que están pendientes del trámite de afiliación desde el pasado mes de Diciembre, solicitud que se radicó por este medio el pasado 12 de diciembre.

Altamente agradecida y a espera de su respuesta positiva.

Equipo de trabajo social
Hogar Francisco y Clara

2 adjuntos

Carta salud20240111_11550756.pdf
115K

Docuemento Concepción20240111_11581373.pdf
120K

- 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

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [X] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: 17 01 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Tena | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE: Jaime | SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X] | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 2124957 | 9. SEXO: [X] | 10. FECHA NACIMIENTO: 05 09 1943

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. GRUPO ÉTNICO: Código | 12. DISCAPACIDAD: Tipo | Condición | 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN | 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 16 | 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES | 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC | 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 2 Via Pisca | ZONA U. [ ] R. [X] | LOCALIDAD / COMUNA: UCC Seres | BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Fusagasuga | DEPARTAMENTO: Cundinamarca | TELÉFONO FIJO | TELÉFONO MÓVIL: 3204624094 | CORREO ELECTRÓNICO: fabyoscio@hotmail.com | 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 | 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 22. SEXO | 23. FECHA NACIMIENTO | 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: TIPO	CONDICIÓN
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio.	Departamento	ZONA	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (la asignará el ADRES)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DEL SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1									
2									
3									
4									

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

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | 40. FECHA INGRESO | FECHA DE RETIRO

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL | CARGO | SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

46. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN 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 REGIMEN [ ]
15. CERTIFICADO DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE ADJUDICADO [ ]

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 | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO | FECHA NACIMIENTO
42. FECHA (a partir de) | 43. EPS ANTERIOR Código: Cpt Sold | 44. MOTIVO DE TRASLADO Código | 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Yo, [illegible], identificado(a) con [illegible] No. [illegible] de [illegible], declaro que [illegible]

46. Continuaré no cumpliendo con el requisito de las semanas/días y ofrezco Adicionalmente Continuar con el cumplimiento del juramento que ofrezco Periódicamente el cumplimiento normativo mientras me encuentre [illegible]
47. Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro afiliado(a) al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración del cotizante de la veracidad de la información diligenciada y copia legible de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Aviso, registro de la Solicitud.
49. Declaración de no encontrarse dentro de ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad establecida en la Ley 80 de 1993, Presidencia de la República.
50. Autorización para la verificación de la información suministrada en el formulario de afiliación y/o novedades, y la consulta de antecedentes judiciales que pese sobre el cotizante y sus beneficiarios.
51. Autorización para el tratamiento de datos personales del cotizante y/o cabeza de familia y de sus beneficiarios y afiliados adicionales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
52. Autorización para recibir notificaciones de información del correo electrónico y el celular suministrados en este formulario.

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario: No firma
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia de documentos de identidad: CC [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]

57. Copia del documento de identificación presentado y mencionado por el afiliado en el numeral anterior.
58. Copia del registro civil de nacimiento, cuando el cotizante solicite la afiliación de menores de edad.
59. Copia de la sentencia judicial o acta de conciliación donde se declare la custodia y cuidado personal, cuando el cotizante solicite la afiliación de menores de edad.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la sentencia judicial o del acta de conciliación donde se declare la unión marital de hecho.
62. Declaración juramentada de dos (2) testigos que conozcan la existencia de la unión marital de hecho, cuando el cotizante solicite la afiliación de su compañero(a) permanente.
63. Copia de la autorización de descuento por nómina, cuando el cotizante solicite la afiliación de su cónyuge o compañero(a) permanente.
64. Certificado de estudios o constancia de matrícula para menores entre 18 y 25 años.
65. Copia del acta de conciliación o sentencia ejecutoriada que ordene la afiliación, cuando el cotizante solicite la afiliación de sus padres.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD Tterritorial

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
67. Datos del SISBEN: Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación: DÍA | MES | AÑO
69. Fecha de validación: DÍA | MES | AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

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 2019)

Yo José Jaime Pena identificado (a) con C.C. ☑ T.I. ☐ C.E. ☐ Otro: _____
número 4124957 de _____, 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. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	Si ☑ No ☐
4. Leí 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. Entendí y comprendí 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 envíe información al teléfono celular No. 3204624094
y/o correo electrónico: Tacbgoouchtc@gmail.com
Si ☐ No ☐

Cordialmente,

Firma: NO firma
Tipo ID: CC No. ID: 4124957
Fecha (dd/mm/aaaa): 17/01/2024
Dirección: Km 2 vía Paca - Nuevo
Tel: 3204624094 Municipio: Facatativá
Departamento: Cundinamarca

Huella

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

Firma: [signature]
Tipo ID: CC No. ID: 52272932
Fecha (dd/mm/aaaa): 17-01-24
Dirección: Km 2 vía Paca
Tel: 3204624094 Municipio: Facatativá
Departamento: Cundinamarca

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. consultada 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 1999, 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 7032
Conmutador: (57 + 1) 4139000
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 del Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Habeas 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	PRODUCTOR AGROPECUARIO
			$	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

Nivel de Escolaridad: Ninguno ☐ Secundaria ☐ Universitario ☐ Profesional ☐ Declinado ☐
Preescolar ☐ Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ Técnico Profesional ☐ Especialización ☐ Último Grado
Básica Primaria ☐ Media técnica (bachillerato básico) ☐ Tecnológico ☐ Maestría ☐ Aprobado

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato | Fin Contrato

SEÑOR TRABAJADOR: TRATÁNDOSE DE INDEPENDIENTES, CUANDO USTED REQUIERA REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL DÉCIMO QUE OCURRA NO COINCIDAN CON LOS SERVICIOS EFECTIVAMENTE PRESTADOS, LE SOLICITAMOS LA CITA TELEFÓNICA O EL AGENDAMIENTO PARA QUE SE PUEDA EL RETIRO EN LA PLANILLA DURANTE EL PERIODO EN EL QUE SE PRESTARON LOS SERVICIOS. (ART. 3° DEL DECRETO 1990 DE 1996).

SOLO 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	
					SIGLAD Y FECHA

- 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 900156264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

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

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

CÓDIGO:

FECHA DE LA SOLICITUD: 17 01 2024

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
CUEVO	Romero	Joel	

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] MS [ ] AS [ ] CD [ ] SC [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10201010

9. SEXO: F [ ] M [X]

10. FECHA NACIMIENTO: 20 05 1956

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código

12. DISCAPACIDAD: Tipo — Condición

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 16

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC

18. UBICACIÓN Y DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Km 2019 Pasa

ZONA: U. [ ] R. [X]

NOMBRE DEL BARRIO / COMUNA: Vda Sucre

BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
Tocaima	Cundinamarca		3204624094	trabajosocialhtc@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: TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] MS [ ] AS [ ] CD [ ] SC [ ]

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 (DÍA MES AÑO)	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD: Tipo	Condición
1				F [ ] M [ ]					
2				F [ ] M [ ]					
3				F [ ] M [ ]					
4				F [ ] M [ ]					

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo asignarán la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
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: NI [ ] CE [ ] PA [ ] DE [ ] NU [ ]

37. Número documento de identidad

DV

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | TELÉFONO FIJO | CÓD. ADMINISTRADORA | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA MES AÑO

CARGO

SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN O CORRECCIÓN 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. NOVEDAD: a) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] b) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: a) MISMO REGIMEN [ ] b) DIFERENTE REGIMEN [ ]
15. CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE MOVILIDAD EN EL EXTERIOR [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
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: CC [ ] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] MS [ ] AS [ ] CD [ ] SC [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO: F [ ] M [ ]

FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir del): DÍA MES AÑO

43. EPS ANTERIOR Código: Cafesalud

44. MOTIVO DE TRASLADO Código

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Identificación plenamente de conformidad [ ] Cédula de Ciudadanía [ ] Tarjeta de Identidad [ ] Identificación Única [ ] No. _____

Lugar de Nac. _____ Fecha de Nac. _____ Sexo _____

46. Declaración de no afiliación a otra entidad del Régimen Subsidiado. Declaro bajo la gravedad de juramento que pertenezco [ ] No pertenezco [ ] al Régimen Subsidiado.

47. Declaración de afiliación al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de pertenencia a otra entidad del Régimen Contributivo. Declaro bajo la gravedad de juramento que pertenezco [ ] No pertenezco [ ] a otra entidad del Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

49. Declaración de no afiliación/cotización del cotizante, cónyuge o compañero (a) permanente en otra entidad del Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

50. Autorización para que la EPS reporte la información relativa a la afiliación, novedades, retiros y movilidad del cotizante, cónyuge o compañero (a) permanente y beneficiarios a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

51. Autorización para que la EPS consulte y comparta datos e historia clínica sobre el estado de salud de los beneficiarios de la afiliación.

52. Autorización para que la EPS consulte la información laboral, financiera y de seguridad social del cotizante, cónyuge o compañero (a) permanente y beneficiarios a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

53. Autorización para que la EPS envíe información sobre el estado de la afiliación y de los beneficiarios a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

VIII. FIRMAS

54. Firma del 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: CC [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] MS [ ] AS [ ] SC [ ]
Cantidad [ ] Folios [ ]

57. Copia del recibo de consignación o pago original por la afiliación al sistema.

58. Copia del registro civil de nacimiento, tarjeta de identidad o cédula de ciudadanía.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la unión marital de hecho y la sociedad patrimonial entre compañeros permanentes, expedida por el notario donde se protocolizó la sentencia de los dos años.

60. Copia del certificado de afiliación o del acto administrativo de inclusión.

61. Copia de la cédula de ciudadanía del cotizante.

62. Documento en que conste la petición de la cuenta de cobro o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de retiro de pensión en la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad Pensional.

64. Diligenciar un solo documento si va a realizar simultáneamente la afiliación colectiva.

65. Otros soportes, correspondientes a la normatividad vigente, que justifiquen la novedad de pensionado o no pensionado, la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]

67. Datos del SISBEN: Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]

68. Fecha de radicación: DÍA MES AÑO

69. Fecha de validación: DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad [ ]

Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario

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 000015 mayo de 2013)

Yo, Joel Cuervo Romero identificado (a) con R.C. [ ] T.I. [x] C.E. [ ] Otro: _____
número 10201018 de Palestina, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SI [x] No [ ]
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SI [x] No [ ]
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SI [x] No [ ]
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SI [x] No [ ]
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SI [ ] No [x]
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SI [x] No [ ]
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SI [x] No [ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS para que envíe información al teléfono celular No. 3204624094
y/o correo electrónico frcbgoxul htc@gmail.com
SI [x] No [ ]

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: CC No. ID: 10201018
Fecha (dd/mm/aaaa): 17/01/2024
Dirección: Km 2 vía Pace - Vda Cuas
Tel: 3204624094 Municipio: Floridablanca
Departamento: Santander

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 bajo la NUEVA EPS S.A. en sujeción a la política 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 artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, 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 este 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) 4199000
Dirección Administrativa: Carrera 65k 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 "Habeas 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	SI / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI / NO
			$				

Nivel de Escolaridad: Ninguno [ ] Preescolar [ ] Básica Primaria [ ] Secundaria [ ] Media académica o clásica (bachillerato básico) [ ] Media técnica (bachillerato básico) [ ] Normalista [ ] Técnica Profesional [ ] Tecnológico [ ] Profesional [ ] Especialización [ ] Maestría [ ] Doctorado [ ] Último Grado _____ Aprobado [ ]

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador [ ] Contratista [ ] Trabaja por su Cuenta [ ]
Inicio Contrato: _____ Fin Contrato: _____

SEÑOR USUARIO: TIM RECAUDO INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA A DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DEJE DE APORTAR O CUENTAS SER SUSPENDIDO DE SU SERVICIO DE SALUD, EL APORTANTE EL CUAL PAGA AHORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA, DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 53 DECRETO 1406 DE 1999.

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación: NIT / R.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

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

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

* 01 B 16810186 *

* 0110719346 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [X] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: 17 01 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Pellon SEGUNDO APELLIDO: Sanabria PRIMER NOMBRE: Asunción SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. M.S. R.C. T.I. [X] C.E. S.C. C.D. P.E. A.S. P.T.
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 20294697
9. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M
SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB
10. FECHA NACIMIENTO: 07 12 1931 (DÍA MES AÑO)
PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia
11. NACIONALIDAD: [2]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA
13. COMUNIDAD INDÍGENA
14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN: NIVEL GRUPO
16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 10
17. ARL
18. AFP
19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 21A Para Tira Mirador Cll Sucre
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Bucaramanga
DEPARTAMENTO: Santander
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
TELÉFONO FIJO
Ext.
TELÉFONO MÓVIL: 3104624954
CORREO ELECTRÓNICO: [illegible]@gmail.com
IPS: 12315
IPS ODONTOLÓGICA

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.E. P.T.
23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
24. SEXO BIOLÓGICO: F M
SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F M T NB
IPS
IPS ODONTOLÓGICA
25. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
PAÍS DE NACIMIENTO
26. NACIONALIDAD

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 F	31. SEXO M	32. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona U R	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBÉN NIVEL	GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1			U R								I. II.		
2			U R								I. II.		
3			U R								I. II.		
4			U R								I. II.		
5			U R								I. II.		

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: N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.E. P.T.
41. Número documento de identidad
DV
42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
CIUDAD / MUNICIPIO
DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONO MÓVIL
TELÉFONO FIJO (EXT)
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA MES AÑO
CARGO
OCUPACIÓN
SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN 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 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO [ ]
A) MISMO RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.E. A.S. P.T.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
46. FECHA (a partir de) DÍA MES AÑO
47. EPS ANTERIOR Código: Capital S
48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G [X] U.G.F [ ] C.T.A [ ]
49. 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 _____
50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(a) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. 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 [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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. [ ]
56. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [ ]
57. Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. 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
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.E. P.T.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO BIOLÓGICO: F M
FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
PAÍS DE NACIMIENTO

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique: No firma
62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

* 01 B 16810190 *

* 0110719350 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

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

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]

CÓDIGO: 103 (2) 1 | FECHA DE LA SOLICITUD: 17 04 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: Montilla	SEGUNDO APELLIDO: León.	PRIMER NOMBRE: Yolinda	SEGUNDO NOMBRE:

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO
T.I. [X]	20481225	F [X] M [ ]

SEXO DE IDENTIFICACIÓN	10. FECHA NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
F [X] M [ ] T [ ] NB [ ]	01 05 1989		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA	13. COMUNIDAD INDÍGENA	14. DISCAPACIDAD	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN	NIVEL	GRUPO	16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	17. ARL	18. AFP
		SI [ ] NO [ ]					16		

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
Upoda	Cra 2 Vía Faxa Mirolindo	Villa Sauce	

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO	Ext.
Maracaibo	Zulia	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]		

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3204824094	dcbpxrigmtc@gmail.com	12319	

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	24. SEXO BIOLÓGICO	SEXO DE IDENTIFICACIÓN
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.E. P.T.		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ]

IPS	IPS ODONTOLÓGICA	25. FECHA NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO	26. NACIONALIDAD
		DÍA MES AÑO		

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	
						F M	DÍA MES AÑO			SI	NO
1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT									
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT									
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT									
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT									
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT									

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBÉN NIVEL	SISBÉN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1			U R								I. II. III.		
2			U R								I. II. III.		
3			U R								I. II. III.		
4			U R								I. II. III.		
5			U R								I. II. III.		

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 N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.E. P.T.	41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO MÓVIL	TELÉFONO FIJO (EXT)	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL DÍA MES AÑO	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN 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 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.E. A.S. P.T.	

46. FECHA (a partir de) DÍA MES AÑO	47. EPS ANTERIOR Código	48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G [X] U.G.F [ ] C.T.A [ ]	49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
	Cpdl Sad.		

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 _____

50. 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. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. 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 [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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. [ ]
56. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [ ]
57. Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. 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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO BIOLÓGICO	FECHA NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO
T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.E. P.T.		F M	DÍA MES AÑO	

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique	62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

REGISTRO DE NOVEDADES AL CASO

gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 16810183 *

* 0110719343 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

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

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]

CÓDIGO: [ ] FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 01 MES 10 AÑO 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Palma SEGUNDO APELLIDO: Prieto PRIMER NOMBRE: Ruben SEGUNDO NOMBRE:

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [X] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 20.222.092

9. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ]

10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 09 MES 10 AÑO 1930

PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia

11. NACIONALIDAD: [X]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA:

13. COMUNIDAD INDÍGENA:

14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:

15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN: NIVEL [ ] GRUPO [X]

16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 10

17. ARL:

18. AFP:

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR:

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: PROPSalon 2 Vda Tora Tinaquillo Urb Sucre

LOCALIDAD / COMUNA:

BARRIO:

CIUDAD / MUNICIPIO: Tinaquillo DEPARTAMENTO: Cojedes

ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]

TELÉFONO FIJO: Ext.

TELÉFONO MÓVIL: 3201622914 CORREO ELECTRÓNICO: fabyuxiabec@gmail.com

IPS: 12315

IPS ODONTOLÓGICA:

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ]

23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

24. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ]

IPS:

IPS ODONTOLÓGICA:

25. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

PAÍS DE NACIMIENTO:

26. NACIONALIDAD:

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 F	31. SEXO M	32. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	32. FECHA DE NACIMIENTO MES	32. FECHA DE NACIMIENTO AÑO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	35. DISCAPACIDAD NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona U	Zona R	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO U.G.F	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.T.A	SISBÉN NIVEL	SISBÉN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1			U	R								I. II.		
2			U	R								I. II.		
3			U	R								I. II.		
4			U	R								I. II.		
5			U	R								I. II.		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDENTE 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: N.I. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ]

41. Número documento de identidad:

DV:

42. Tipo de aportante o pagador de pensiones:

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN:

CIUDAD / MUNICIPIO:

DEPARTAMENTO:

CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO MÓVIL:

TELÉFONO FIJO (EXT):

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA MES AÑO

CARGO:

OCUPACIÓN:

SALARIO:

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN 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 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

46. FECHA (a partir de): DÍA MES AÑO

47. EPS ANTERIOR Código: Capital Sal.

48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO: C.G [X] U.G.F [ ] C.T.A [ ]

49. 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 _____ [ ]

50. 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. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. 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 [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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. [ ]
56. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [ ]
57. Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. 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

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]

FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

PAÍS DE NACIMIENTO:

IX. FIRMAS

X Ruben Palma

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

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

X. ANEXOS

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

gente)cuidando(gente

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 16810187 *

* 0110719347 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]

CÓDIGO | FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 17 MES 01 AÑO 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: [illegible] | SEGUNDO APELLIDO: Ojuela | PRIMER NOMBRE: Antonio | SEGUNDO NOMBRE: Maria

7. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6058061

9. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ]

10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 01 MES 11 AÑO 1938

PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia

11. NACIONALIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA | 13. COMUNIDAD INDÍGENA | 14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD [ ] | 15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN: NIVEL [ ] GRUPO [ ] | 16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 16 | 17. ARL | 18. AFP

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: [X]

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Km 2 vía Tesca Tira Huilindo Vda Sauce

LOCALIDAD / COMUNA | BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO: Tuquerres

DEPARTAMENTO: Cundinamarca

ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]

TELÉFONO FIJO | Ext.

TELÉFONO MÓVIL: 3204624094

CORREO ELECTRÓNICO: trabajosocial1hc@gmail.com

IPS: 12319

IPS ODONTOLÓGICA

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ]

23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

24. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ]

IPS | IPS ODONTOLÓGICA

25. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

PAÍS DE NACIMIENTO

26. NACIONALIDAD

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	PAÍS DE NACIMIENTO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT				F M	DÍA MES AÑO					

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona U R	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBÉN NIVEL	GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1			U R								I. II.		
2			U R								I. II.		
3			U R								I. II.		
4			U R								I. II.		
5			U R								I. II.		

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: N.I. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ]

41. Número documento de identidad | DV

42. Tipo de aportante o pagador de pensiones

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN | CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO MÓVIL | TELÉFONO FIJO (EXT) | FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA MES AÑO | CARGO | OCUPACIÓN | SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN 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 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

46. FECHA (a partir de) DÍA MES AÑO

47. EPS ANTERIOR Código: Capital Sal.

48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G [X] U.G.F [ ] C.T.A [ ]

49. 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 _____ [ ]

50. 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. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. 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 [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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. [ ]
56. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [ ]
57. Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. 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

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ] | FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO | PAÍS DE NACIMIENTO

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

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

X. ANEXOS

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

NIT. 900.156.264-2

* 01 B 16810184 *

* 0110719344 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [X]

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

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]

CÓDIGO: [ ] FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA 17 MES 01 AÑO 2024

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Sanchez SEGUNDO APELLIDO: Camacho PRIMER NOMBRE: Hugo SEGUNDO NOMBRE: Alexander

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 23618256

9. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]

SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ]

10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 05 MES 04 AÑO 1937

PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia

11. NACIONALIDAD: Colombiana

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA [ ] 13. COMUNIDAD INDÍGENA [ ] 14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD [ ] 15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN: NIVEL [ ] GRUPO [ ] 16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: 16 17. ARL [ ] 18. AFP [ ]

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: Prosperidad Social

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 2 # 6a Casa. Vega Miralindo. Vda. Sauce

LOCALIDAD / COMUNA: [ ] BARRIO: [ ]

CIUDAD / MUNICIPIO: Montelíbano DEPARTAMENTO: Córdoba

ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]

TELÉFONO FIJO: [ ] Ext. [ ]

TELÉFONO MÓVIL: 3204624094 CORREO ELECTRÓNICO: hugosanchez@gmail.com

IPS: 12319 IPS ODONTOLÓGICA: [ ]

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: [ ] SEGUNDO APELLIDO: [ ] PRIMER NOMBRE: [ ] SEGUNDO NOMBRE: [ ]

22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ]

23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ]

24. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ] SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ]

IPS: [ ] IPS ODONTOLÓGICA: [ ]

25. FECHA NACIMIENTO: DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] PAÍS DE NACIMIENTO: [ ]

26. NACIONALIDAD: [ ]

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 F	31. SEXO M	32. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	32. FECHA DE NACIMIENTO MES	32. FECHA DE NACIMIENTO AÑO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	35. DISCAPACIDAD NO	35. DISCAPACIDAD CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1															
2															
3															
4															
5															

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona U	Zona R	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO U.G.F	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.T.A	SISBÉN NIVEL	SISBÉN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1												I. II.		
2												I. II.		
3												I. II.		
4												I. II.		
5												I. II.		

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: N.I. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ]

41. Número documento de identidad: [ ] DV [ ]

42. Tipo de aportante o pagador de pensiones: [ ]

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: [ ] CIUDAD / MUNICIPIO: [ ] DEPARTAMENTO: [ ] CORREO ELECTRÓNICO: [ ]

TELÉFONO MÓVIL: [ ] TELÉFONO FIJO (EXT): [ ] FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] CARGO: [ ] OCUPACIÓN: [ ] SALARIO: [ ]

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN 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 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: [ ] SEGUNDO APELLIDO: [ ] PRIMER NOMBRE: [ ] SEGUNDO NOMBRE: [ ]

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ] NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ]

46. FECHA (a partir de) DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

47. EPS ANTERIOR Código: Capital Sal.

48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G [X] U.G.F [ ] C.T.A [ ]

49. 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 _____

50. 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. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. 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 [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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. [ ]
56. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [ ]
57. Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. 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
PRIMER APELLIDO: [ ] SEGUNDO APELLIDO: [ ] PRIMER NOMBRE: [ ] SEGUNDO NOMBRE: [ ]

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ] NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ] FECHA NACIMIENTO: DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] PAÍS DE NACIMIENTO: [ ]

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique: no firma

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

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [X] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] AS [ ] PT [ ]