

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.127.385.554**

**PEÑA CARVAJAL**

APELLIDOS

**VICKY ANDREA**

NOMBRES

*Vicky Andrea Peña C*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAR-1990**

**PUERTO CARREÑO**  
(VICHADA)

LUGAR DE NACIMIENTO

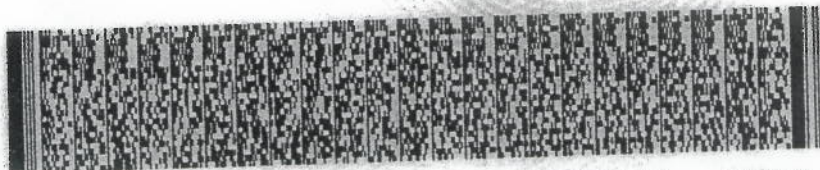
**1.58**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**26-MAR-2008 PUERTO CARREÑO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-7200100-00371179-F-1127385554-20120428

0029726049A 1

35464470



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
**COPNIA**  
Comisión Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de Inscripción Profesional Auxiliar No.  
**25967-072604 CND**  
Fecha de Expedición: **19/07/2019**

Nombre:  
**VICKY ANDREA  
PEÑA CARVAJAL**

Identificación:  
**C.C. 1127385554**

Profesión:  
**TECNOLOGO EN ANALISIS Y DESARR.  
DE SISTEMAS DE INFORMACION**

Institución:  
**SERVICIO NACIONAL DE  
APRENDIZAJE "SENA"**



19/07/2019

Este es un documento público expedido en virtud de la Ley 842 de 2003,  
que autoriza al titular a ejercer como Profesional Auxiliar de la Ingeniería  
en el Territorio Nacional.

DIRECTOR GENERAL

En caso de extravío debe ser remitida al COPNIA, Calle 78 No. 9-57 primer piso  
Línea Nacional: 01 8000 116590

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 152856681**



WEB  
11:05:31  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de noviembre del 2020

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) VICKY ANDREA PEÑA CARVAJAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1127385554:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ  
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

**ATENCIÓN :**

**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 02 de noviembre de 2020, a las 11:04:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1127385554
Código de Verificación	1127385554201102110403

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



**SORAYA VARGAS PULIDO**  
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA



**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 11:13:56 horas del 02/11/2020, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1127385554**

Apellidos y Nombres: **PEÑA CARVAJAL VICKY ANDREA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Calle 18A # 69F-45 Zona Industrial, barrio Montevideo. Bogotá D.C.  
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [lineadirecta@policia.gov.co](mailto:lineadirecta@policia.gov.co)



Presidencia de la

República



Ministerio de

Defensa Nacional



Portal Único de

Contratación



Gobierno en

Línea

Todos los derechos reservados.



# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

## Consulta Ciudadano

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 06/11/2020 03:27:25 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. 1127385554 y Nombres: VICKY ANDREA PEÑA CARVAJAL.

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. 17084730 . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

[🔍 Nueva Busqueda](#)[🖨 Imprimir](#)

Información 5159000

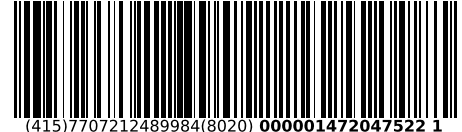
Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

[www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co)

2. Concepto   Actualización

4. Número de formulario

14720475221



(415)7707212489984(8020) 000001472047522 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 1 2 7 3 8 5 5 5 4 2  
6. DV 2  
12. Dirección seccional Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Carreño  
14. Buzón electrónico 4 2

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2  
25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3  
26. Número de Identificación 1 1 2 7 3 8 5 5 5 4  
27. Fecha expedición 2 0 0 8, 0 3, 2 6  
28. País COLOMBIA 1 6 9  
29. Departamento Vichada 9 9  
30. Ciudad/Municipio Puerto Carreño 0 0 1

31. Primer apellido PEÑA  
32. Segundo apellido CARVAJAL  
33. Primer nombre VICKY  
34. Otros nombres ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País COLOMBIA 1 6 9  
39. Departamento Vichada 9 9  
40. Ciudad/Municipio Puerto Carreño 0 0 1

41. Dirección principal CR 14 30 40 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico p.andrea47@yahoo.es

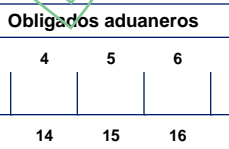
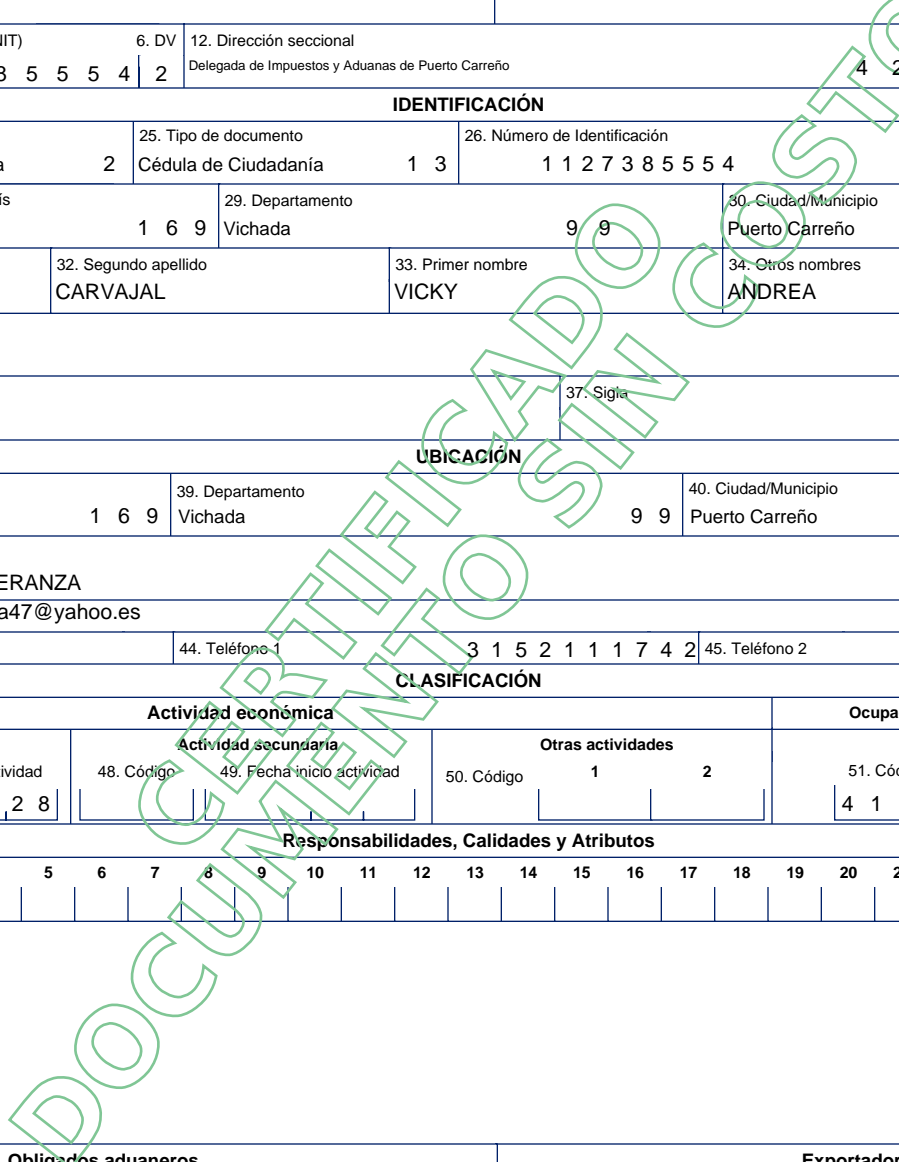
43. Código postal  
44. Teléfono 1 3 1 5 2 1 1 1 7 4 2  
45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

Actividad económica					Ocupación		52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	
8 2 1 1	2 0 1 0, 0 4, 2 8						4 1 1 4

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código 4 9  
49 - No responsable de IVA



Obligados aduaneros										Exportadores											
54. Código										55. Forma		56. Tipo		Servicio		1		2		3	
57. Modo										58. CPC											

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI  NO   
60. No. de Folios: 0  
61. Fecha 2020 - 11 - 06 / 14 : 44: 05

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.  
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016  
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.  
Firma autorizada:

984. Nombre PEÑA CARVAJAL VICKY ANDREA  
985. Cargo CONTRIBUYENTE

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y  
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva  
eps  
gente cuidando gente  
NIT. 900.156.264-2

"Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE A. AFILIACIÓN <input type="checkbox"/> B. REPORTE DE NOVEDADES <input type="checkbox"/>		2. TIPO DE AFILIACIÓN A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> b) Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>		3. RÉGIMEN C. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> S. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. TIPO DE AFILIADO CO Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> CF Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> BE Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		CÓDIGO <input type="text"/> FECHA DE LA SOLICITUD <b>03 11 2010</b>	

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Peña	Carvajal	Vicky	Andrea		
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD R.C. TI. X C.C. PA. C.D. S.C.		8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.127.355.554		9. SEXO X M	10. FECHA NACIMIENTO 18 03 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORÍGEN ÉTNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACION ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	
		30.57			
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES		17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	19. LOCALIDAD / COMUNA
			Bilcaespeyana	X	
CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
Puerto Carreño		Vichada		315211742	vickkyandrea@gmail.com

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (conyuge 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

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. ÉTICA	31. DISCAPACIDAD
32. DATOS DE RESIDENCIA		33. VALOR TÍPICO AFILIADO ADICIONAL (Le asigna la EPS)		34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (EPS)		35. NIVEL DE SISBEN		

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	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACION LABORAL		CARGO	SALARIO		

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD		41. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		42. INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR		43. TERMINACIÓN DE LA RELACION LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO		44. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		45. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
42. FECHA (a partir de)		43. EPS ANTERIOR	44. MOTIVO DE TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PARALELA DE PENSIONES	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de consentimiento: Declaro que convivo con et(ilia) Señora(a) desde el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ Identificado(a) con No. \_\_\_\_\_

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que et(ilia) (Beneficiario(s) / reportante(s)) depend(en) económicamente de mí.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de sucesión de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo \_\_\_\_\_ de esta entidad.

49. Autorización para que la EPS envíe y entregue datos y copias de la Historia Clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

50. 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 que integran el sistema de información en respuesta.

51. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en el artículo 17 de la Ley 1773 de 2013.

52. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como números de texto.

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. Contenido:  RC  TI  CC  PA  CE  CF  SC Total

57. Copia del documento de inscripción permanente otorgado por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de defunción o acta de enterramiento de cadáver.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el ejercicio de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DÍA	MES	AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario					
Primer apellido	Segundo apellido						
Tipo documento de identidad		Número del documento de identidad					

OBSERVACIONES:

000000000000000000

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.

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES  
Y CARTA DE DESEMPEÑO



FORMULARIO VÍA WEB

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

Yo, Vicky Andrea Peña Carrizosa identificado (a) con  B.C.  T.L.  C.C. Otro: \_\_\_\_\_  
número 1.527.385.554 de Pto. Carrizosa certifico que:

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

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 315 2111742 y/o correo electrónico: vickyandrea@gmail.com  
 Sí  No

Cordialmente,

Firma: [Firma manuscrita]  
Tipo ID: \_\_\_\_\_ No. ID: \_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa): 03-NOV-2020  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Tel: 3152111742 Municipio Pto Carrizosa  
Departamento: Nariño



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

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

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS

Asesor: \_\_\_\_\_  
Código: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.  
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

• 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](http://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  
Computador: (57 + 1) 4193000  
Dirección Administrativa: Carrera 95k No. 46A – 66 Piso 2.

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.

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 transferencia, transmisión 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	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI
	<u>Positiva</u>	<u>Porvenir</u>	\$	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
Nivel de Escolaridad	Posición Ocupacional		Patron/Empleador	Contratista	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabaja por su Cuenta	
Ninguno <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Normalista <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>	Patron/Empleador <input type="checkbox"/>		Contratista <input checked="" type="checkbox"/>	Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/>			
Preescolar <input type="checkbox"/> Media académica o clásica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/> Técnica Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Último Grado <input type="checkbox"/>	Inicio Contrato		Fin Contrato				
Básico Primaria <input type="checkbox"/> Media técnica (bachillerato básico) <input checked="" type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/>							

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 MORSA LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 280 ART. 57 DE 1996 Y ART. 49 DECRETO 1400 DE 1999

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
		P.A.	T.L.	C.D.			

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

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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**  
NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**VICKY ANDREA PEÑA CARVAJAL**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.127.385.554**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 03 de Noviembre del 2020.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



***Tenga en cuenta:***

*Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.*