



Scanned with CamScanner

- 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 WEB

B
14 OCT 2025
Cod 602 Ana Matilde Pacheco T.
SUJETO A VERIFICACIÓN

Lea atentamente las instrucciones

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario [ ] C. Por vinculación [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X]
FECHA DE LA SOLICITUD: 14 / 10 / 2025

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Barragan | SEGUNDO APELLIDO: Gamboa | PRIMER NOMBRE: Cristian | SEGUNDO NOMBRE: Andres
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI [X] CE PA CD SC
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.108.933.113
9. SEXO: F [X] M
10. FECHA NACIMIENTO: 09 / 07 / 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código
12. DISCAPACIDAD: Tipo F M Condición T P
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Positiva
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
ZONA U. [ ] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Bogotá
DEPARTAMENTO: Cundinamarca
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3105837227
CORREO ELECTRÓNICO: totalingyconstruccones@gmail.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: TI CC CE PA CD
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F M
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1				F M	DÍA MES AÑO			F. N. M. T. P.	
2				F M	DÍA MES AÑO			F. N. M. T. P.	
3				F M	DÍA MES AÑO			F. N. M. T. P.	
4				F M	DÍA MES AÑO			F. N. M. T. P.	

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.					I. II. III.	
2			R. U.					I. II. III.	
3			R. U.					I. II. III.	
4			R. U.					I. II. III.	

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: Total Ingeniería y Construcciones
36. Tipo documento de identidad: CC CE PA CD NIT
37. Número documento de identidad: 901905001
DV: 1
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Positiva
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: calle 13A Sur #18A-56E | Bogotá | Cundinamarca
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3057143013
CORREO ELECTRÓNICO: totalingyconstrucciones@gmail.com
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 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. NOVEDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO: A) REGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI CC CE PA CD SC
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F M
FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA MES AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. MOTIVO DE TRASLADO Código
45. 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 _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad: Total
57. Copia del dictamen de extranjería permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que decreto el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar Afiliaciones Colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: 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: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Scanned with CamScanner

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 2013)

Yo, Cristian Andres Barragan Gamboa identificado (a) con [ ] [ ] [X] [ ] [ ] Otro: _____
numero 1108933113 de Tolima, certifico que:

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

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3105837227
y/o correo electrónico: _____
SÍ [X] No [ ]

Cordialmente

Firma: Barragan Gamboa
Tipo ID: C.C No. ID: 1108933113
Fecha (dd/mm/aaaa): 07-07-1991
Dirección: Calle 11E #19-E
Tel: 3105837227 Municipio Guamo
Departamento: Tolima

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

Firma: Barragan Gamboa
Tipo ID: C.C No. ID: 1108933113
Fecha (dd/mm/aaaa): 07-07-1991
Dirección: Calle 11E # 19E
Tel: 3105837227 Municipio Guamo
Departamento: Tolima

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y terminos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hara 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 articulos 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 juridica 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 articulo 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.
Linea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, asi 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 especificos relacionados con la administración y prestacion 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	PRODUCTOR AGROPECUARIO
			$	SI / NO	SI / NO

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

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador [ ] Contratista [ ] Trabaja por su Cuenta [ ]

Inicio Contrato _____ Fin _____

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DE... DE CONTINUAR CON LOS ... LE GENERARÁ LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO ... NO HACERLO

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	...	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inc...	Observaciones

B
C.D. 1 OCT 2025
Cod 602 Ana Melida Pacheco T.
SUJETO A VERIFICACIÓN

Scanned with CamScanner

NATALYA FLOREZ MEDICO LABORAL	**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL SG-SST** Página: natalyaflorezmedicolaboral.cl natalyaflorezmedilaboral@gmail.com **CEL:3188584786**

FECHA: 14/10/2025 **N°51955**

DATOS DE LA EMPRESA	
RAZON SOCIAL	TOTAL INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS
CARGO	AYUDANTE DE OBRA
EXAMEN REALIZADO	INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRES Y APELLIDOS	CRISTIAN ANDRES BARRAGAN GAMBOA
IDENTIFICACION	CC 1108933113
EDAD	35 AÑOS
GENERO	MASCULINO

NATALYA FLOREZ MEDICO LABORAL, certifica que el trabajador remitido por Ustedes, presentó los exámenes médicos y paraclínicos ocupacionales sobre los cuales hacemos las siguientes sugerencias y/o restricciones:

EXAMENES PARACLINICOS: Pruebas de laboratorio (según profesiograma), Visiometría, Audiometría

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN: OSTEOMUSCULAR Y ALTURAS

CONCEPTO MEDICO LABORAL: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RECOMENDACIONES
- MEDICAS: Examen médico periódico
- OCUPACIONALES: Uso de elementos de protección personal, Higiene postural, Realizar pausas activas, Manejo adecuado de cargas
- ESTILO DE VIDA: Adecuado régimen nutricional y ejercicio, Hábitos y estilo de vida saludable
INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: NO

OBSERVACIONES: CONTROL PERIODICO
RESTRICCIONES LABORALES: NINGUNA

Firma medico ocupacional	Firma del trabajador
Dr(a). NATALYA FLOREZ RM 33140388	CRISTIAN ANDRES BARRAGAN GAMBOA
NATALYA FLOREZ MEDICO LABORAL R.M. 33140388 Natalya Florez R.	Barragan Gamboa
Dr(a). NATALYA FLOREZ MEDICO LABORAL	

Scanned with CamScanner

CER_AFI_2025000174116

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	TOTAL INGENIERIA Y CONSTRUCCIONES SAS		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	901906991
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC. 1108933113	**Nombres y apellidos**	CRISTIAN ANDRES BARRAGAN GAMBOA
Fecha de afiliación	14/10/2025	**Estado de afiliación**	**Activa**
Fecha de inicio cobertura	15/10/2025	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	Sin retiro

Esta certificación se expide a los 14 días del mes de octubre del 2025.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC14102025N1108933113A237236.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN ANDRES BARRAGAN GAMBOA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.108.933.113**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Octubre del 2025.

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.