CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Asesor-N0838

FECHA DE RADICACIÓN: 26 | NOVIEMBRE | 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✓]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] A1 Cotizante o cabeza de familia [✓] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [✓]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [✓] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: INSUASTI | SEGUNDO APELLIDO: CASTILLO | PRIMER NOMBRE: JULIETH | SEGUNDO NOMBRE: ESTEFANY

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073246040
11. SEXO BIOLÓGICO: M [✓]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [✓] F [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | CUNDINAMARCA | MOSQUERA
15. FECHA NACIMIENTO: 04 DÍA | JULIO MES | 1996 AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06 Sin Etnia
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✓]
CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE CNU ESTA SISBEN? SI [ ] NO [✓]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL: GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL:
23. AFP:
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR: 3203144061
TELÉFONO FIJO:
DIRECCIÓN: CALLE 70C # 108A - 55
COMPLEMENTO DIRECCIÓN: AP 200
CORREO ELECTRÓNICO: JINSUASTI36@GMAIL.CO
DEPARTAMENTO:
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTÁ
LOCALIDAD/COMUNA: ENGATIVÁ
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS:

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: M [ ] F [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [ ] F [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	40. SEXO IDENTIFICACIÓN M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN Otro	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	41. LUGAR DE NACIMIENTO DEPART.	41. LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	42. FECHA DE NACIMIENTO MES	42. FECHA DE NACIMIENTO AÑO
01															
02															
03															
04															
05															

nueva eps gente cuidando gente
Regional Bogota Oficina San Cayetano
GILBERTO MANTOYA CODIGO N0838
Asesor que Recibe sujeto a verificacion

	Datos complementarios del Beneficiario	44. ETNIA DE PERTENENCIA ESPECIAL	45. TIENE CNU ESTA SISBEN? SI	45. TIENE CNU ESTA SISBEN? NO	46. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	46. CLASIFICACIÓN SISBEN GRUPO	47. DISCAPACIDAD SI	47. DISCAPACIDAD NO	48. RESPONSABLE PAGO SI	48. RESPONSABLE PAGO NO	49. Datos de residencia DEPARTAMENTO	49. Datos de residencia MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	ZONA CENTRO POBLADO	ZONA RURAL DISPERSO	ZONA RESTO RURAL
01																
02																
03																
04																
05																

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CAMBIO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social
56. Tipo documento de identificación
57. Número del documento de identificación
TELÉFONO FIJO O CELULAR
58. Tipo de aportante a registrar (a registrar por la EPS)
59. Dirección: # -
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO
MUNICIPIO/ DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION [ ]
2. CORRECCION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION [ ]
3. ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACION Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Codigo ____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Codigo ____ [ ]
7. INCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACION DE LA RELACION LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCION EPS RETORNO AL PAIS, I. RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACION A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCION SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: INSUASTI | SEGUNDO APELLIDO: CASTILLO | PRIMER NOMBRE: JULIETH | SEGUNDO NOMBRE: ESTEFANY
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073246040
62. SEXO BIOLÓGICO: M [✓]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [✓] F [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 04 DÍA | 07 MES | 1996 AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 21 DÍA | 11 MES | 2025 AÑO
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. 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. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. 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 [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. 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. [ ]
74. 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. [ ]
75. 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. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones PQR, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir información [illegible]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] HC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad
Total 0

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitida por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. 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.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración bajo gravedad de juramento por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o sin perjuicio la afiliación de oficio.
Total Anexos 0

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio | Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN
97. FECHA DE VALIDACIÓN
OBSERVACIONES

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo JUIETH ESTEFANY INSUASTI CASTILLO identificado (a) con CC - Cédula de Ciudadanía número 1073246040 de MOSQUERA (CUNDINAMARCA), certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ ☑ No ☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ ☑ No ☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ ☑ No ☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ ☑ No ☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ ☑ No ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3203144061
y/o correo electrónico: JINSUASTI36@GMAIL.COM

SÍ ☑ No ☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ ☑ No ☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☑ NO ☐

Declaración Juramentada de Convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con No _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

Cordialmente,

Firma:
Tipo ID: CC - Cédula de C No. ID: 1073246040
Fecha de Solicitud: 26 NOVIEMBRE 2025
Dirección: CALLE 70C # 108A-55
Tel: 3203144061 Municipio: BOGOTA
Departamento: distrito capital

huella

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

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

huella

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

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 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 lo modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2

Su(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 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		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
ARTISTA FORMADOR		PORVENIR	$ 1423500	SI		SI	
				NO	✓	NO	✓

Nivel de Escolaridad									
Ninguno	☐	Secundaria	☐	Normalista	☐	Profesional	☑	Doctorado	☐
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	21-11-2025	Fin Contrato				

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 LA AFILIACIÓN DE SALUD EL NO HACERLO LE GENERARÁ MORA LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA, DECRETO 858 ART. 31 DE 1998 Y ART. 34 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA		
GILBERTO MONTOYA A	N0838	SAN CAYETANO	BOGOTA	2025