

No.Radicación: 204333

FECHA DE RADICACIÓN		
25	02	2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

27. APELLIDOS Y NOMBRES														
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE		
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I.	C.C.	C.E.	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		30. SEXO BIOLÓGICO	F	31. SEXO IDENTIFICACIÓN	F	M	T	NB	Otro	
	S.C.	C.D.	P.T.				M		Cual?					
32. NACIONALIDAD				33. LUGAR DE NACIMIENTO	País	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	34. FECHA NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO		

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS				36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD CN MS RC TI CC CE SC PACD AS PT								37. NÚMERO DE IDENTIDAD				38. NACIONALIDAD		39. SEXO						40. SEXO IDENTIFICACIÓN						41. LUGAR DE NACIMIENTO			42. FECHA DE NACIMIENTO		
																		F	M	F	M	T	NB	Otro?	PAIS	DEPART.	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO					
B1				CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PACD	AS	PT																						
B2				CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PACD	AS	PT																						
B3				CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PACD	AS	PT																						
B4				CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PACD	AS	PT																						
B5				CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PACD	AS	PT																						
Datos complementarios del Beneficiario				46. GRUPO DE POBLACION ESPECIAL		47. ¿TIENE ENCUESTA SISBEN?		48. CLASIFICACIÓN SISBEN		49. DISCAPACIDAD		50. INCAPACIDAD PERMANENTE		51. Datos de residencia				ZONA																	
43. PARENTESCO		44. ETNIA				45. COMUNIDAD		SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORIA DE DISCAPACIDAD	SI	NO	DEPARTAMENTO		MUNICIPIO/ DISTRITO		CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL											
B1								I. ☐	H. ☐																										
B2								I. ☐	H. ☐																										
B3								I. ☐	H. ☐																										
B4								I. ☐	H. ☐																										
B5								I. ☐	H. ☐																										
TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR				52. VALOR DE LA UPC DEL AFILADO ADICIONAL		DIRECCIÓN				LOCALIDAD/ COMUNA		CORREO ELECTRÓNICO				53. IPS				54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)															
B1																																			
B2																																			
B3																																			
B4																																			
B5																																			

55. Nombre o razón social		56. Tipo documento de Identificación						57. Número del documento de Identificación				58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)			
CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026X		I.	T.I.	C.C.	C.E.	S.C.	P.A.	C.D.	P.T.	902023336					
59. Ubicación		BG B CENTRO LOGISTICO E INDUSTRIAL SAN JERONI						3105036486		CONSORCIOCORDOBAALIMENTA2026@G				MONTERIA	

60. TIPO DE NOVEDAD		9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR	X	15. TRASLADO	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	☐	10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	☐	A) MISMO RÉGIMEN	☐
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	☐	11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	☐	B) DIFERENTE RÉGIMEN	☐
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	☐	12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	☐	16. REPORTE DE FALLECIMIENTO	☐
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS	☐	13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	☐	17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	☐
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____	☐	14. MOVILIDAD	☐	18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	☐
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____	☐	A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	☐	19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	☐
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	☐	B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	☐	20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	☐
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	☐			21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	☐

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN																
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I.	C.C.	C.E.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD						62. SEXO BIOLÓGICO	F	63. SEXO IDENTIFICACIÓN				Otro
	S.C.	C.D.	P.T.								M	F	M	T	NB	
64. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	65. EPS ANTERIOR		66. FECHA DE NOVEDAD	26	01s	2026	67. MOTIVO DE TRASLADO	Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES				

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 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.	☒
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 Sísbeno vigente.	☒

99. 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.T.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

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
---	---

82. Anexo copia del documento de identidad:	☐ CN	☐ MS	☐ RC	☐ TI	☐ CC	☐ CE	☐ SC	☐ PA	☐ CD	☐ AS	☐ PT	Total	
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido 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 suscrita 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 se ordene la afiliación de oficio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Total Anexos	

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.						

Primer apellido				Segundo apellido		Primer nombre				Segundo nombre			
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.C.	C.E.	S.C.	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN	DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN	DÍA	MES	AÑO
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. -

VIGILADO Supersalud

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

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

Yo, **JOYCE DEL CARMEN ACOSTA PEREZ** identificado (a) con

R.C.

T.I.

C.C.

C.E.CC

S.C.

C.D.

P.E.

P.T.

número **26040880** de **BARRANQUILLA**, 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. **3001888428**

y/o correo electrónico: **joyceacosta2015@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 Sí ☐ NO ☐

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

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente, **Joyce**

Firma: _____
Tipo ID: **CC** No. ID: **26040880**
Fecha de Solicitud: **25/02/2026**
Dirección: **CALLE 12 CARRERA 10A**
Tel: **3001888428** Municipio: **PLANETA RICA**
Departamento: **CORDOBA**

Huella

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

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

Huella

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

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: **01 8000 954400**

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

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**

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

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

Conmutador: **(601) 419 3000**

Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 “Hábeas Data”; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES		INGRESO BASE DE COTIZACIÓN		POSEE VIVIENDA PROPIA		SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO		SÍ						
		COLPATRIA		NINGUNA		1750905				NO				NO						
Nivel de Escolaridad	Ninguno	☐	Secundaria	☐	Normalista	☐	Profesional	☐	Doctorado	☐	Posición Ocupacional		Patrón/Empleador		☐	Contratista	☐	Trabaja por su Cuenta		☐
	Preescolar	☐	Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐	Técnica Profesional	☐	Especialización	☐	Último Grado	☐	Inicio Contrato				Fin Contrato					
	Básico Primaria	☐	Media técnica (bachillerato básico)	☐	Tecnológica	☐	Maestría	☐	Aprobado											
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.																				
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero				Tipo de Identificación		NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte				DV					

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR		CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR		Nombre de OFICINA			
Carmen S. Angulo Genes		A1688				CIUDAD Y FECHA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.040.880

ACOSTA PEREZ

APELLIDOS

JOYCE DEL CARMEN

NOMBRES

JOYCE ACOSTA.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

13-MAR-1983

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

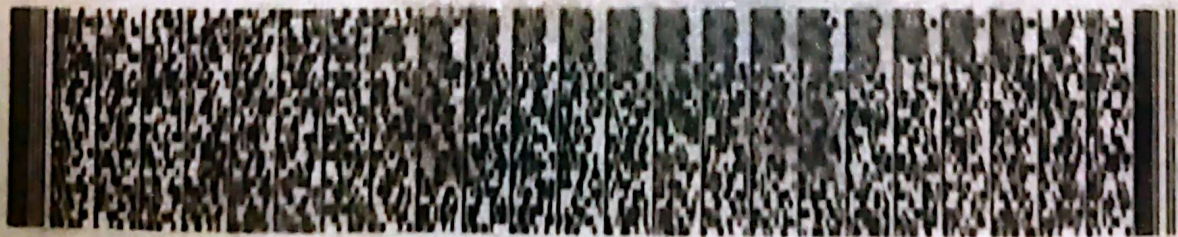
SEXO

17-MAY-2001 PLANETA RICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL BANCHEZ TORRES



A-1302800-00293392-F-0026040880-20110415

0026714387A 1

768128753