

“Código Únicamente 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		2. TIPO DE AFILIACIÓN				3. RÉGIMEN	
A. AFILIACIÓN ☒ B. REPORTE DE NOVEDADES ☐		A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☒ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐				C. Contributivo ☒ S. Subsidiado ☐	
4. TIPO DE AFILIADO		5. TIPO DE COTIZANTE		CÓDIGO		FECHA DE LA SOLICITUD	
CO Cotizante ☒ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐		A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐				12 ^A 05 ^S 2026	

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS										
PRIMER APELLIDO SANTIAGO				SEGUNDO APELLIDO TIQUE			PRIMER NOMBRE ANGIE		SEGUNDO NOMBRE ALEJANDRA	
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		R.C.	T.I.	C ☒	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
									9. SEXO	F M
									10. FECHA NACIMIENTO	
									D 25 / M 09 / A 1996	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO		Código		12. DISCAPACIDAD		13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN		14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	
				Tipo F N M Condición T P		2				POSITIVA	
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES COLPENSIONES				17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC 1.750.905				18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA CARRERA 80 M # 73 F 59 SUR		ZONA U. ☒ R. ☐	
CIUDAD / MUNICIPIO BOGOTÁ				DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA				TELÉFONO Fijo		CORREO ELECTRÓNICO alejandratique44@gmail.com	
								TELÉFONO MÓVIL 3204465328		LOCALIDAD / COMUNA BOSA	
										BARRIO LAURELES	
										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		T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	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												
				CN RC ☒ CC CE PA SC				1012446269				F M		DÍA MES AÑO							Tipo Condición												
1 González Santiago Sara Valenthina												x		04/08/2015							F. ☐ N. ☒ M. ☐ T. ☐ P. ☐												
2				CN RC TI CC CE PA SC																	F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐												
3				CN RC TI CC CE PA SC																	F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐												
4				CN RC TI CC CE PA SC																	F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐												
32. DATOS DE RESIDENCIA										33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)										34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)										NIVEL DE SISBEN		GRUPO POBLACIONAL	
Ciudad / Mpio.		Departamento		Zona		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil																									
1 BOGOTÁ		CUNDINAMARCA		R. ☒ U. ☐				3204465328																									
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				37. Número documento de identidad				DV		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones									
				C.C. C.E. P.A. C.D. N.I.																			
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN				CIUDAD / MUNICIPIO				DEPARTAMENTO				TELÉFONO FIJO				TELÉFONO MÓVIL				CORREO ELECTRÓNICO			
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				DÍA MES AÑO				CARGO				SALARIO											

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD				8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES				13. MOVILIDAD			
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐				9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR ☒				A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐			
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐				10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐				B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ☐			
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐				11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐				14. TRASLADO			
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐				12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐				A) MISMO RÉGIMEN ☐			
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐								B) DIFERENTE RÉGIMEN ☐			
Código								15. REPORTE DE FALLECIMIENTO ☐			
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☒								16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE ☐			
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐								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 SANTIAGO				SEGUNDO APELLIDO TIQUE			PRIMER NOMBRE ANGIE		SEGUNDO NOMBRE ALEJANDRA						
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		R.C.	T.I.	C ☒	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		SEXO	X M	FECHA NACIMIENTO		DÍA MES AÑO
									1012436026				25/09/1996		
42. FECHA (a partir de)				43. EPS ANTERIOR				44. MOTIVO DE TRASLADO				45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES			
12 05 ^{ES} 2026				Código				Código							

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 mi.		☐
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 datos y 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: CN RC ☒ ☒ PA CE CD SC		Cantidad: 1 1		Total 2	
57. Copia del dictamen de incapacidad 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 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 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				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		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:

VIGILADO SUPERALUD

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, ANGIE ALEJANDRA SANTIAGO TIQUE identificado (a) con

R.C.	T.I.	☒ C.C.	C.E.
------	------	--	------

 Otro: _____

número 1012436026 de BOGOTÁ, 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. 3204465328

y/o correo electrónico: ALEJANDRATIQUE44@GMAIL.COM

SÍ ☒ No ☐

Cordialmente,

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1012436026

Fecha (dd/mm/aaaa): 25/09/1996

Dirección: CARRERA 80 M # 73 F 59 SUR

Tel: 3204465328 Municipio BOGOTÁ

Departamento: CUNDINAMARCA

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. 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.

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.

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	
						\$				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 GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	
					CIUDAD Y FECHA