REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.010.223.459

RODRIGUEZ ROMERO

APELLIDOS

YEFERSON ALEXANDER

NOMBRES



yeiferson

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-1995

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

27-AGO-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01185155-M-1010223459-20201203 0072704988A 1 8501078303

CER_AFI_2026028700331

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Yeferson Alexander Rodriguez Romero identificado con CC. 1010223459 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón Social** | COMERCIALIZADORA CASTAÑO CARDOZO SAS | **Tipo y Numero de Documento** | NI - 900590296 |

| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio de Cobertura** | 2026/07/01 | **Tipo de Vinculación** | Dependiente |
| **Estado de Afiliación** | Activa | **Fecha Retiro** | No registra |
| **Clase de Riesgo** | 5 | **Código Actividad Económica** | 5433001 |

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de junio del 2026.

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: **CC30062026N1010223459A19391622.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

30325100

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

**No.Radicación: 451475**

FECHA DE RADICACIÓN: 30 / 06 / 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A1384

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ | ROMERO | YEFERSON | ALEXANDER |

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1010223459
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA; DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL; MUNICIPIO: BOGOTA
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 24 MES 08 AÑO 1995

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDIGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: KR 81K 54A SUR 56
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3026388755
CORREO ELECTRÓNICO: alexrodriguez202425@gmail.com
DEPARTAMENTO: DISTRITO CAPITAL
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 99067

## 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 DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] 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 | M | T | NB | Otro? | 41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS | DEPART. | MUNICIPIO | 42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |

| | Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO | 44. ETNIA | 45. COMUNIDAD | 46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI | NO | 48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL | GRUPO | 49. DISCAPACIDAD SI | NO | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI | NO | 51. Datos de residencia DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/ DISTRITO | ZONA CABECERA MUNICIPAL | CENTRO POBLADO | RURAL DISPERSO | RESTO RURAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |

| | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | 52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL | DIRECCIÓN | LOCALIDAD/ COMUNA | CORREO ELECTRÓNICO | 53. IPS | 54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

## 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 | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| COMERCIALIZADORA CASTA?O CARDOZO SAS | NIT [X] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ] | 900590296 | |

| 59. Ubicación DIRECCIÓN | TELÉFONO FIJO O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/DISTRITO |
|---|---|---|---|---|
| CL 134 45 B 57 LC 3 | 7257653 | marcardoz@gmail.com | DISTRITO CAPITAL | BOGOTA |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____ [ ]
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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN 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 PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 30 MES 06 AÑO 2026
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 mi. [ ]
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 explicito 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. [X]
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 DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

## IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — Y Rodriguez

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio — Erika G

## X. ANEXOS

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

## 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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad:
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO:
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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, YEFERSON ALEXANDER RODRIGUEZ ROMERO identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. CC | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1010223459 de BOGOTA, 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. 3026388755

y/o correo electrónico: alexrodriguez202425@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: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: Y. Rodriguez

Tipo ID: CC No. ID: 1010223459

Fecha de Solicitud: 30/06/2026

Dirección: KR 81K 54A SUR 56

Tel: 3026388755 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 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 | | PRODUCTOR AGROPECUARIO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SURA | PORVENIR | $1750905 | SÍ | | SÍ | |
| | | | | NO | | NO | |

| Nivel de Escolaridad | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ninguno ☐ | Secundaria ☐ | Normalista ☐ | Profesional ☐ | Doctorado ☐ |
| Preescolar ☐ | Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ | Técnica Profesional ☐ | Especialización ☐ | Último Grado |
| Básico Primaria ☐ | Media técnica (bachillerato básico) ☐ | Tecnológica ☐ | Maestría ☐ | Aprobado _____ |

| Posición Ocupacional | Patrón/Empleador ☐ | Contratista ☐ | Trabaja por su Cuenta ☐ |
|---|---|---|---|
| Inicio Contrato | | 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 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 | C.C. | C.E. | Identificación del Tercero que realiza el Aporte | DV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | P.A. | T.I. | C.D. | | |

**INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS**

| Nombre del ASESOR o PROMOTOR | CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR | Nombre de OFICINA | |
|---|---|---|---|
| Angie Andrea Giraldo Jimenez | A1384 | | CIUDAD Y FECHA |

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.010.223.459

RODRIGUEZ ROMERO

APELLIDOS

YEFERSON ALEXANDER

NOMBRES



yeiferson

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-1995

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

27-AGO-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01185155-M-1010223459-20201203 0072704988A 1 8501078303

Bogotá D.C., 30 de Junio de 2026

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/6/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de Identificación | CC 1010223459 |
| Nombres y Apellidos | YEFERSON ALEXANDER RODRIGUEZ ROMERO |
| Tipo y Número de Identificación del Empleador | NT 900590296 |
| Razón Social Empleador | COMERCIALIZADORA CASTAÑO CARDOZO SAS |
| Código Sucursal | 0 |
| Código Centro de Costo | 0 |
| Fecha de Ingreso Empresa | 30/6/2026 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 30/6/2026 |
| Cargo | AUXILIAR DE OBRA |
| Horas Labor Mes | 240 |
| Sueldo básico | $ 1750905 |

**Firma del Trabajador**
**Identificación**

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código lMm1EuSDS

Vigilado Supersubsidio

**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:

**YEFERSON ALEXANDER RODRIGUEZ ROMERO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.223.459**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Junio del 2026.

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.