

"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
A. AFILIACIÓN
B. REPORTE DE NOVEDADES
2. TIPO DE AFILIACIÓN
A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia
b) Beneficiario o afiliado adicional
B. Colectiva
C. Institucional
D. De oficio
3. RÉGIMEN
C. Contributivo
S. Subsidiado
4. TIPO DE AFILIADO
CO Cotizante
CF Cabeza de Familia
BE Beneficiario
5. TIPO DE COTIZANTE
A. Dependiente
B. Independiente
C. Pensionado
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD
DÍA MES AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
9. SEXO
F
M
10. FECHA NACIMIENTO
DÍA MES AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO
Código
12. DISCAPACIDAD
Tipo
F
N
M
Condición
T
P
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
ZONA
U.
R.
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO
DEPARTAMENTO
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO
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
F
M
28. FECHA DE NACIMIENTO
DÍA MES AÑO
29. PARENTESCO
30. ETNIA
31. DISCAPACIDAD
Tipo
Condición
32. DATOS DE RESIDENCIA
Ciudad / Mpio.
Departamento
Zona
Teléfono Fijo
Teléfono Móvil
33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL
34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)
NIVEL DE SISBEN
GRUPO POBLACIONAL

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
C.C. C.E. P.A. C.D.
37. Número documento de identidad
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN
Aut. Med. K.m 8.5
Tenjo
Cundinamar
2942400
3207386848
CORREO ELECTRÓNICO
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. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN 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
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.
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 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:
Cantidad:
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
Código del Municipio
Código del departamento
67. Datos del SISBEN
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:

VIGILADO SuperSalud

IMPRESO POR: CIZAMERCA S.A. NIT 900.175.457-3 TEL. 482.210

# ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO



gente cuidando gente  
NIT 900.156.264-2

## FORMULARIO VÍA WEB

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

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con 

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

 Otro: \_\_\_\_\_  
número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, certifico que:

- |   |   |
|---|---|
| 1. He recibido la carta de derechos y deberes   | SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS  | SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes   | SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. Leí el contenido de la carta de desempeño  | SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño | SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño                   | SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas | SÍ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. \_\_\_\_\_  
y/o correo electrónico: \_\_\_\_\_  
SÍ  No

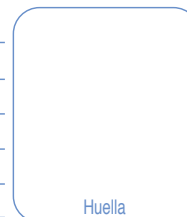
Cordialmente,

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



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

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



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.

- 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](http://www.nuevaeps.com.co)  
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.  
Línea 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, 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 de salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas 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 SMLMV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ NO
			\$				
Nivel de Escolaridad	Ninguno <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/>	Normalista <input type="checkbox"/>	Profesional <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/>	Posición Ocupacional		
	Preescolar <input type="checkbox"/> Media académica o clásica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/>	Técnica Profesional <input type="checkbox"/>	Especialización <input type="checkbox"/>	Último Grado <input type="checkbox"/>	Patrón/Empleador <input type="checkbox"/>	Contratista <input type="checkbox"/>	Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/>
	Básico Primaria <input type="checkbox"/> Media técnica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/>	Tecnológica <input type="checkbox"/>	Maestría <input type="checkbox"/>	Aprobado _____	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 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