

I. DATOS DEL TRÁMITE

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 ☐ D. Independiente por prestación de servicio ☐ E. Contribución Solidaria ☐

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

C.N. ☐ M.S. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ S.C. ☐ C.D. ☐ P.E. ☐ A.S. ☐ R.T. ☐

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

9. SEXO

F ☐ M ☐

10. FECHA NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

11. NACIONALIDAD

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA

13. COMUNIDAD

14. DISCAPACIDAD

SI ☐ NO ☐

CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

15. CLASIFICACIÓN DEL SISBÉN

NIVEL

GRUPO

16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

17. ARL

18. AFP

19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

LOCALIDAD / COMUNA

BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

ZONA

CABECERA MUNICIPAL ☐ CENTRO POBLADO ☐ RURAL DISPERSO ☐ RESTO RURAL ☐

TELÉFONO FIJO

Ext.

TELÉFONO MÓVIL

CORREO ELECTRÓNICO

IPS

IPS ODONTOLÓGICA

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

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ S.C. ☐ C.D. ☐ P.E. ☐ R.T. ☐

23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

24. SEXO

F ☐ M ☐

IPS

25. FECHA NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

26. NACIONALIDAD

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

29. NÚMERO DE IDENTIDAD

30. NACIONALIDAD

COMUNIDAD

31. SEXO

F ☐ M ☐

32. FECHA DE NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

33. PARENTESCO

34. ETNIA

35. DISCAPACIDAD

SI ☐ NO ☐

CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

36. DATOS DE RESIDENCIA

Ciudad / Mpio.

Departamento

Zona

Teléfono

37. VALOR UPC

38. CÓDIGO IPS

CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA

EXCEPCIÓN DEL TRASLADO

C.G. ☐ U.G.F. ☐ C.T.A. ☐

SISBÉN

NIVEL

GRUPO

GRUPO POBLACIONAL

1

2

3

4

5

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

39. Nombre o Razón Social

40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

N.I. ☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ P.E. ☐ R.T. ☐

41. Número documento de identidad

DV ☐

42. Tipo de aportante o pagador de pensiones

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN

CIUDAD / MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

CORREO ELECTRÓNICO

Teléfono Móvil

Teléfono Fijo (EXT)

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL

DÍA

MES

AÑO

CARGO

Ocupación

SALARIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. 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 ☐

19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA ☐

20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO ☐

VL. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

C.N. ☐ M.S. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ S.C. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ P.E. ☐ A.S. ☐ R.T. ☐

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

46. FECHA (a partir de)

DÍA

MES

AÑO

47. EPS ANTERIOR Código

48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO

C.G. ☐ U.G.F. ☐ C.T.A. ☐

49. 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 _____

50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro sobre la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. ☐

51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐

52. 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 ☐

53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐

54. 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. ☐

55. 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. ☐

56. 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. ☐

57. Autorizo mi consentimiento expreso 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. ☐

58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. ☐

59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. ☐

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. 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.E. ☐ R.T. ☐

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO

F ☐ M ☐

FECHA NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CN ☐ MS ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ SC ☐ PA ☐ CD ☐ PE ☐ AS ☐ PT

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total

64. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐

65. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐

66. 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. ☐

67. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐

68. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐

69. Documento en el 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. ☐

70. 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 ☐

71. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐

72. 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

73. Identificación de la Entidad Territorial

Código del Municipio

Código del departamento

74. DATOS DEL SISBÉN

SI ☐ NO ☐

Clasificación

75. Pertenece a Grupo de población especial artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016

SI ☐ NO ☐

CÓDIGO

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

76. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

C.C. ☐ C.E. ☐ S.C. ☐ C.D. ☐ P.E. ☐ R.T. ☐

Número del documento de identidad

77. Firma del funcionario

78. Fecha de radicación

DÍA

MES

AÑO

79. 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

IMPRESO POR SUMMAS SAS NIT. 830001338-7 20 - OCT - 2022

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

Yo, _____ identificado (a) con

R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.E. P.T.

número _____ de _____, 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. _____

y/o correo electrónico: _____

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Cordialmente,

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha de Solicitud: _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio _____

Departamento: _____

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.

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	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Normalista	<input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Doctorado	Posición Ocupacional		Patrón/Empleador	<input type="checkbox"/> Contratista	<input type="checkbox"/> Trabaja por su Cuenta					
	Preescolar	<input type="checkbox"/> Media académica o clásica (bachillerato básico)	<input type="checkbox"/> Técnica Profesional	<input type="checkbox"/> Especialización	<input type="checkbox"/> Último Grado	Inicio Contrato		Fin Contrato							
	Básico Primaria	<input type="checkbox"/> Media técnica (bachillerato básico)	<input type="checkbox"/> Tecnológica	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> 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	NT 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	
			CIUDAD Y FECHA