

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y  
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva  
eps

gente cuidando gente  
NIT 900.156.264-2

"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 <input type="checkbox"/> B. REPORTE DE NOVEDADES <input checked="" type="checkbox"/>		2. TIPO DE AFILIACIÓN A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> b) Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. RÉGIMEN C. Contributivo <input type="checkbox"/> S. Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/>	
4. TIPO DE AFILIADO CO Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> CF Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> BE Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		CÓDIGO	
A. AFILIACIÓN		FECHA DE LA SOLICITUD		16 A 8 MES 2022	

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS PRIMER APELLIDO LEGRO SEGUNDO APELLIDO ESCOBAR PRIMER NOMBRE JOSE SEGUNDO NOMBRE EMERSON							
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD R.C. T.I. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. P.A. C.D. S.C.		8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1007650481		9. SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M		10. FECHA NACIMIENTO 21 A 11 ES 2000	

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 Porvenir		17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC \$1,000,000		18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Conjunto mangolios kR 9 este 36 75 casa		ZONA U. <input checked="" type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/>		LOCALIDAD / COMUNA BARRIO	
CIUDAD / MUNICIPIO SOACHA		DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA		TELÉFONO Fijo 62		TELÉFONO MÓVIL 3204453989		CORREO ELECTRÓNICO JOSEEMERSONLEGRO_ESCOBAR@GMAIL.COM	
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	
1		CN RC TI CC CE PA SC												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 Ciudad / Mpio. Departamento Zona Teléfono Fijo Teléfono Móvil		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							
1															
2															
3															
4															

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 ARQUITECTURA Y ACABADOS LUMAR		36. Tipo documento de identidad C.C. C.E. P.A. C.D. X.I.		37. Número documento de identidad 901574266		DV		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones	
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN CARRERA 111 A 148 78 BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA		TELÉFONO FIJO		6017212292		VIL		ARQUITECTURAYACABADOSLUMAR@GMAIL.COM	
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL 11 A 8 MES 2022		CARGO AUXILIAR		SALARIO \$1,000,000					

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD 1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> 4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS <input type="checkbox"/> 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS <input type="checkbox"/> 6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS <input type="checkbox"/> 7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES <input type="checkbox"/>		8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES <input type="checkbox"/> 9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR <input type="checkbox"/> 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO <input type="checkbox"/> 11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/> 12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/>		13. MOVILIDAD <input type="checkbox"/>	
---	--	--	--	--	--

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 _____		<input type="checkbox"/>	
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 mí.		<input type="checkbox"/>	
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.		<input type="checkbox"/>	
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		<input type="checkbox"/>	
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.		<input type="checkbox"/>	
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.		<input type="checkbox"/>	
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.		<input type="checkbox"/>	
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.		<input type="checkbox"/>	
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.		<input type="checkbox"/>	

VIII. FIRMAS

46. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario JOSE LEGRO		47. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio ANGIE	
--	--	---	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.		<input type="checkbox"/>	
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.		<input type="checkbox"/>	
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.		<input type="checkbox"/>	
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.		<input type="checkbox"/>	
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.		<input type="checkbox"/>	
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.		<input type="checkbox"/>	
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.		<input type="checkbox"/>	
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		<input type="checkbox"/>	
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.		<input type="checkbox"/>	

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:



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 ☒ 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. \_\_\_\_\_

y/o correo electrónico: \_\_\_\_\_

Sí ☐ No ☒

Cordialmente,

Firma: \_\_\_\_\_

Tipo ID: \_\_\_\_\_ No. ID: \_\_\_\_\_

Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

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. 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.

- 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.

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.

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 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 SMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ
			\$	NO	NO	NO	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	Patrón/Empleador <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/>				
	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"/>	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 <input type="checkbox"/>						

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