

"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 <input type="checkbox"/>	B. REPORTE DE NOVEDADES <input type="checkbox"/>	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia <input 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"/>	C. Contributivo <input type="checkbox"/>	S. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. TIPO DE AFILIADO			5. TIPO DE COTIZANTE			CÓDIGO		FECHA DE LA SOLICITUD		
CO Cotizante <input type="checkbox"/>	CF Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	BE Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>			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			13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN			14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL			15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES				
		Tipo		F	N	M	Condición			T	P						
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES			17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC			18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			ZONA		LOCALIDAD / COMUNA		BARRIO				
U. <input type="checkbox"/>		R. <input type="checkbox"/>															
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		28. FECHA DE NACIMIENTO			29. PARENTESCO		30. ETNIA		31. DISCAPACIDAD										
				CN RC TI CC CE PA SC						F		DÍA		MES		AÑO				Tipo		Condición							
1																		F. <input type="checkbox"/>		N. <input type="checkbox"/>		M. <input type="checkbox"/>		T. <input type="checkbox"/>		P. <input type="checkbox"/>			
2																				F. <input type="checkbox"/>		N. <input type="checkbox"/>		M. <input type="checkbox"/>		T. <input type="checkbox"/>		P. <input type="checkbox"/>	
3																				F. <input type="checkbox"/>		N. <input type="checkbox"/>		M. <input type="checkbox"/>		T. <input type="checkbox"/>		P. <input type="checkbox"/>	
4																				F. <input type="checkbox"/>		N. <input type="checkbox"/>		M. <input type="checkbox"/>		T. <input type="checkbox"/>		P. <input type="checkbox"/>	
32. DATOS DE RESIDENCIA					33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL					34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)					NIVEL DE SISBEN		GRUPO POBLACIONAL												
Ciudad / Mpio.		Departamento		Zona		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil			(Lo diligencia la EPS)																		
1				R. <input type="checkbox"/>		U. <input type="checkbox"/>										I. <input type="checkbox"/>		II. <input type="checkbox"/>											
2				R. <input type="checkbox"/>		U. <input type="checkbox"/>										I. <input type="checkbox"/>		II. <input type="checkbox"/>											
3				R. <input type="checkbox"/>		U. <input type="checkbox"/>										I. <input type="checkbox"/>		II. <input type="checkbox"/>											
4				R. <input type="checkbox"/>		U. <input type="checkbox"/>										I. <input type="checkbox"/>		II. <input type="checkbox"/>											

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 <input type="checkbox"/>			9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR <input type="checkbox"/>			A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>		
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/>			10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO <input type="checkbox"/>			B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO <input type="checkbox"/>		
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/>			11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/>			A) MISMO RÉGIMEN <input type="checkbox"/>		
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS <input type="checkbox"/>			12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS <input type="checkbox"/>			B) DIFERENTE RÉGIMEN <input type="checkbox"/>		
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS <input type="checkbox"/>						15. REPORTE DE FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/>		
Código <input type="checkbox"/>						16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE <input type="checkbox"/>		
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS <input type="checkbox"/>						17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO <input type="checkbox"/>		
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES <input type="checkbox"/>						18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO <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)			43. EPS ANTERIOR			44. MOTIVO DE TRASLADO			45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES									
DÍA			MES			AÑO			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 mí.

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 TI CC PA CE CD SC Cantidad: Total

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 <input type="checkbox"/>		Código del departamento <input type="checkbox"/>		Número de ficha <input type="checkbox"/>		Puntaje <input type="checkbox"/>		Nivel <input type="checkbox"/>		DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO	
70. Datos del funcionario que realiza la validación				71. Firma del funcionario																	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre															
Tipo documento de identidad <input type="checkbox"/>		Número del documento de identidad <input type="checkbox"/>																			

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.

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

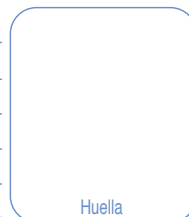
Cordialmente,

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
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 SMLV

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