



* 01B 00000000 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva
eps
gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN
21 6S 2025

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 A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA SI ☐ NO ☒		5. TIPO DE AFILIADO A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐		6. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒		7. CÓDIGO C1926	

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO PAYAN SEGUNDO APELLIDO GOMEZ PRIMER NOMBRE BRYAN SEGUNDO NOMBRE JANNER															
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.N. ☐ M.S. ☐ R.C. ☐ T.I. ☒ C.E. ☐ S.C. ☐ C.D. ☐ A.S. ☐ P.T. ☐		10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1234196778		11. SEXO BIOLÓGICO F ☐ M ☒		12. SEXO IDENTIFICACIÓN F ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐									
13. NACIONALIDAD colombiano		14. LUGAR DE NACIMIENTO colombia ☐ valle del cauca ☐ cali ☐ MUNICIPIO		15. FECHA NACIMIENTO 7 ☐ 17 ☐ 1999											
16. ETNIA 06		17. COMUNIDAD INDÍGENA ☐		18. DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒		19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI ☐ NO ☒		20. CLASIFICACIÓN SISBÉN		21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL		22. ARL			
23. AFP PORVENIR		24. IBC 1423500		25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		26. RESIDENCIA DIRECCIÓN KR 41A 43 17		27. DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA							
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR 3022908599		CORREO ELECTRÓNICO bryanpayan0707@gmail.com		ZONA CABECERA MUNICIPAL ☒ CENTRO POBLADO ☐ RURAL DISPERSO ☐ RESTO RURAL ☐		IPS 15374							
MUNICIPIO/ DISTRITO CALÍ		LOCALIDAD/COMUNA		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		FECHA NACIMIENTO		DÍA		MES		AÑO	

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 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 ☐	
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 M F M T NB Otro?		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				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					
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																			
B2																			
B3																			
B4																			
B5																			
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 N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.		57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO O CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO MUNICIPIO/DISTRITO	

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 ☒ 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 PAYAN SEGUNDO APELLIDO GOMEZ PRIMER NOMBRE BRYAN SEGUNDO NOMBRE JANNER							
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☒ C.E. ☐ S.C. ☐ C.D. ☐ P.T. ☐		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1234196778		62. SEXO BIOLÓGICO F ☐ M ☒		63. SEXO IDENTIFICACIÓN F ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐	
64. FECHA NACIMIENTO 7 ☐ 17 ☐ 1999		65. EPS ANTERIOR		66. FECHA DE NOVEDAD 21 ☐ 6 ☐ 2025		67. MOTIVO DE TRASLADO Código PORVENIR	

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 mí. ☒	
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 explícito 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. ☐ 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 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	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
---	---

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI ☒ CE SC PA CD AS PT Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total 1	
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 de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐	
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 calificación de beneficiario o afiliado adicional. ☐	

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 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:

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



gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

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

Yo, **BRYAN JANNER PAYAN GOMEZ** identificado (a) con

R.C.

T.I.

☒

C.E.

S.C.

C.D.

P.E.

P.T.

número **1234196778** de **cali**, 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. **3022908599**

y/o correo electrónico: **bryanpayan0707@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: _____
Tipo ID: **CC** No. ID: **1234196778**
Fecha de Solicitud: **(21/06/2025)**
Dirección: **KR 41A 43 17**
Tel: **3022908599** Municipio: **CALÍ**
Departamento: **VALLE DEL CAUCA**

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	SÍ	NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ	NO
independiente		PORVENIR	\$ 1423500		☐	☒	☐	☐	☒
Nivel de Escolaridad	Ninguno ☒ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☒ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐						
	Preescolar ☐ Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ Técnica Profesional ☐ Especialización ☐ Último Grado ☐	Inicio Contrato	21/06/2025	Fin Contrato	21/06/2026				
	Básico Primaria ☐ Media técnica (bachillerato básico) ☐ Tecnológica ☐ Maestría ☐ 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	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 ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
SANDRA V. HOLGUIN G.	C1926		
			CIUDAD Y FECHA