



NIT. 900.156.264-2

4 | 9 | 2,025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)																																					
8. APELLIDOS Y NOMBRES																																					
PRIMER APELLIDO		MANZANO				SEGUNDO APELLIDO				GONZALEZ				PRIMER NOMBRE		CARLOS		SEGUNDO NOMBRE		ELIAN																	
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		C.N.	M.S.	R.C.	T.I.	C.C.	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1005877274				11. SEXO BIOLÓGICO		F	12. SEXO IDENTIFICACIÓN		F	☒	T	NB	Otro													
		C.E.	S.C.	C.D.	A.S.	P.T.											☒	Cual?																			
13. NACIONALIDAD		COLOMBIANA				14. LUGAR DE NACIMIENTO				COLOMBIA				DEPARTAMENTO				VALLE				MUNICIPIO				CALI				15. FECHA NACIMIENTO		22		9		2,002	

16. ETNIA 06		17. COMUNIDAD INDIGENA		18. DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒		CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD ☐		19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI ☐ NO ☒		20. CLASIFICACIÓN SISBEN		NIVEL ☐		GRUPO ☐ ☐		21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL ☐		22. ARI SURA	
23. AFP PORVENIR				24. IBC \$1,423,500				25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA				26. RESIDENCIA				DIRECCIÓN CALLE 26 16 27			
TELÉFONO FIJO				TELÉFONO CELULAR 3117635680				CORREO ELECTRÓNICO manzanoelian021@gmail.com								DEPARTAMENTO VALLE			
MUNICIPIO/ DISTRITO CALI				LOCALIDAD/COMUNA CENTRO				ZONA CABECERA MUNICIPAL ☒ CENTRO POBLADO ☐ RURAL DISPERSO ☐ RESTO RURAL ☐				IPS 7059							

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

[illegible]

Datos complementarios del beneficiario				46. GRUPO DE Población ESPECIAL	47. DISPER		NIVEL	GRUPO	48. DISPER		CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	49. PERMANENTE		50. GRUPO Población		CABECERA MUNICIPAL	CENTRO Poblado	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL	
43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	SI		NO	SI			NO	SI		NO	SI	NO	DEPARTAMENTO					MUNICIPIO/ DISTRITO
B1							I. ☐ II. ☐													
B2							I. ☐ II. ☐													
B3							I. ☐ II. ☐													
B4							I. ☐ II. ☐													
B5							I. ☐ II. ☐													
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

B. REPORTE DE NOVEDADES

B. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD																				
61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN																				
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE								
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I.	C.C.	C.E.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD					62. SEXO BIOLÓGICO	F	63. SEXO IDENTIFICACIÓN				F	M	T	NB	Otro	
	S.C.	C.D.	P.T.							M	Cual?									
64. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD				1	9	2025	67. MOTIVO DE TRASLADO				Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

[illegible]

IX.FIRMAS

X. ANEXOS

X. ANEXOS

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 <input type="text"/>	Código del departamento <input type="text"/>
		93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

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.

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

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, _____ 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 ☐

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 Sí ☐ 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: _____ 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	☐ 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				Fin Contrato					
	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	
ROBERT SANCHEZ ESTRADA	A1265		CIUDAD Y FECHA