

Medellín, 13 de noviembre de 2025

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

**CERTIFICA:**

Que MARTHA ELENA ANGULO PIEDRAHITA identificado(a) con cédula de ciudadanía 31930551 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 23/10/2025

**Fecha fin cobertura:** 15/11/2025

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**ADONITRANS SAS N900527861**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

**CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

**CENTRO DE TRABAJO:** 000000001 - RIESGO IV

**CLASE:** 4 **PORCENTAJE:** 4.35%

**TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 4492104

**CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4.35 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C882324382531736286

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

**Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

13/11/2025 10.04 AM

Medellín, 17 de november de 2025

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que MARTHA ELENA ANGULO PIEDRAHITA identificado(a) con cédula de ciudadanía 31930551 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 18/11/2025

**Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**ADONITRANS SAS N900527861**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

**CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

**CENTRO DE TRABAJO:** 000000001 - RIESGO IV

**CLASE:** 4 **PORCENTAJE:** 4.35%

**TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 4492104

**CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

**Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

- 1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.**
- 2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.**

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación  
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

17/11/2025 3.58 PM

CLICK PARA REINICIAR TODO

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps  
gente cuidando gente  
NIT: 900.150.204-0

FECHA DE RADICACIÓN  
23 10 2025

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

1. TIPO DE TRÁMITE  
 A. AFILIACIÓN  B. REPORTE DE NOVEDADES

2. TIPO DE AFILIACIÓN  
 A. Individual  Cotizante o cabeza de familia  B. Beneficiario o afiliado adicional  C. Colectiva  C. Institucional  D. De oficio

3. REGIMEN  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  C. Pensionado

7. CÓDIGO

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES  
 PRIMER APELLIDO: Angulo  
 SEGUNDO APELLIDO: Piedrahita  
 PRIMER NOMBRE: Martha  
 SEGUNDO NOMBRE: Elena

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Cedula  
 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 31930551

11. SEXO BIOLÓGICO:  M  F  O  T  NB  Otro  
 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?  M  F  O  T  NB  Otro

13. NACIONALIDAD: Colombiano  
 14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia  
 15. FECHA NACIMIENTO: 28 12 1964

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

16. ETNIA:  17. COMUNITARIO INDÍGENA:  SI  NO

18. DISCAPACIDAD CAT. DE DISCAPACIDAD:  SI  NO

19. TIENE ENCU ESTA SIBEN:  SI  NO

20. CLASIFICACIÓN NIVEL:  21. GRUPO POBLACION ESPECIAL:

22. ARL: Surca  
 23. ARL PROTECCION 1423500  
 24. IBS: Calle 45 #83 d 40

25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:  26. RESIDENCIA: Teléfono celular: 3175327502  
 Teléfono fijo: NO  
 27. RESIDENCIA: Teléfono celular: 3175327502  
 Teléfono fijo: NO

28. RESIDENCIA: Calle 45 #83 d 40  
 29. DIRECCIÓN: Calle 45 #83 d 40  
 30. CORREO ELECTRÓNICO: munguitor@hotmail.com  
 31. DEPARTAMENTO: Valle  
 32. MUNICIPIO/DISTRITO: Cali  
 33. LOCALIDAD/COMUNA: Caney  
 34. ZONA: CASAFAMILIA  POBLADO  SIEMPRE  NI SI NI

**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: 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 30. SEXO BIOLÓGICO: F M T NB Otro  
 31. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?  M  F  O  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 BIOLÓGICO | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN | 41. LUGAR DE NACIMIENTO | 42. FECHA DE NACIMIENTO |
|--|------------------------------------|-------------------------|------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| B1   | B2                                 | B3                      | B4               | B5                 | B6                      | B7                      | B8                      |
|  |                                    |                         |                  |                    |                         |                         |                         |
|  |                                    |                         |                  |                    |                         |                         |                         |
|  |                                    |                         |                  |                    |                         |                         |                         |
|  |                                    |                         |                  |                    |                         |                         |                         |
|  |                                    |                         |                  |                    |                         |                         |                         |

**Datos complementarios del Beneficiario**

43. PADRESCO: 44. ETNIA: 45. COMUNITARIO INDÍGENA: 46. GRUPO DE POBLACION ESPECIAL: 47. TIENE ENCU ESTA SIBEN: 48. CLASIFICACIÓN NIVEL: 49. DISCAPACIDAD: 50. RESIDENCIA PERMANENTE: 51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO: MUNICIPIO/DISTRITO: LOCALIDAD/COMUNA: ZONA: CASAFAMILIA  POBLADO  SIEMPRE  NI SI NI

52. TELÉFONO Fijo Y/O CELULAR: 53. DIRECCIÓN: 54. CORREO ELECTRÓNICO: 55. IPS: 56. CÓDIGO DE LA IPS A REGISTRAR POR LA EPS:

**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 y razón social: Martha E. Angulo cc  
 56. Tipo documento de identificación: 31930551  
 57. Número del documento de identificación: 3195327502  
 58. Dirección: Calle 45 # 83 d. 40  
 59. Correo electrónico: munguitor@hotmail.com  
 60. Departamento: Cali

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN PARA REGISTRO COOTIZANTE  
 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN PARA REGISTRO COOTIZANTE  
 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD  
 4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS  
 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Cédigo:

6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Cédigo:

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 REGISTRO COOTIZANTE  
 11. INSCRIPCIÓN EPS RETIRO AL PAÍS: 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. MOVIMIENTO A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL REGIMEN SUBSIDIADO

15. TRASLADO A) MISMO REGIMEN B) DIFERENTE REGIMEN  
 16. REPORTE DE FALCAMENTO  
 17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE  
 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREVISIONADO  
 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREVISIONADO  
 20. INCURSO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA  
 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN  
 PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

62. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 63. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 64. SEXO BIOLÓGICO: F M T NB Otro  
 65. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?  M  F  O  T  NB  Otro

66. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO 67. EPS ANTERIOR: 68. FECHA DE NOVEDAD: DÍA MES AÑO 69. MOTIVO DE TRASLADO Cédigo: 70. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR Y PAGO DE POSIBILIDAD

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

71. Declaración de dependiente económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el/los beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

72. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

73. Declaración de no inmatriculación del cotizante, afiliado o beneficiario en una Institución Previsora de Retiro de Salud.

74. 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.

75. 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 requieren.

76. Autorización 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 1081 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

77. Autorización para que la EPS me autorice para que Nueva EPS realice comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otras formas, para recibir mensajes informativos.

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

79. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la estructura del Tabla Vigente.

**VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA**

80. En caso de ausencia o faltar el pago del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

81. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS  
 PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

82. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 83. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 84. SEXO BIOLÓGICO: F M T NB Otro  
 85. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?  M  F  O  T  NB  Otro

86. FIRMAS: *Paula*

87. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique a afiliado adicional  
 88. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

**X. ANEXOS**

89. Anexo copia del documento de identidad:  CN  MD  HC  TI  CO  CE  SC  PA  CC  AS  PT

90. Copia del documento de inscripción permanente emitido por la autoridad competente. Total: 0

91. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de concubinato o sentencia judicial que declare la unión marital.

92. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de concubinato o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

93. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

94. Copia de la cédula judicial o del acto administrativo de vinculación.

95. Documento en el que conste la pérdida de la patria potestad o el consentimiento de denuncia de los padres en el ámbito del artículo 4 y 5 del artículo 217.3 del Decreto 760 de 2016.

96. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud número 4 y 5 del artículo 217.3 del Decreto 760 de 2016.

97. Certificación del vinculante o una entidad autorizada para realizar actuaciones judiciales.

98. Copia del acto administrativo o resolución de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. Total Anexos: 0

**XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES**

89. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio: Código del departamento: 90. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

91. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

92. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 93. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 94. FIRMA DEL FUNCIONARIO: 95. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO 96. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

97. OBSERVACIONES:

**ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES  
Y CARTA DE DESEMPEÑO**



**FORMULARIO VÍA WEB**

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

Yo, Martha Elena Arango P. identificado (a) con R.C. T.I.  C.E. Otro: \_\_\_\_\_  
 número 21 930 501 de Colp, certifico que:

|   |  |   |
|---|--|---|
| 1. He recibido la carta de derechos y deberes   | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____ y/o correo electrónico: <u>manqulolo@hotmail.com</u><br>SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS  | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |   |
| 3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes   | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |   |
| 4. Leí el contenido de la carta de desempeño  | SI <input checked="" 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 | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |   |
| 6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño                   | SI <input checked="" 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 | SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |   |

Cordialmente, Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

|                              |                     |                              |  |
|------------------------------|---------------------|------------------------------|--|
| Firma: _____                 |                     | Firma: _____                 |  |
| Tipo ID: _____ No. ID: _____ |                     | Tipo ID: _____ No. ID: _____ |  |
| Fecha (dd/mm/aaaa): _____    |                     | Fecha (dd/mm/aaaa): _____    |  |
| Dirección: _____             |                     | Dirección: _____             |  |
| Tel: _____ Municipio _____   |                     | Tel: _____ Municipio _____   |  |
| Departamento: _____          | 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. consultable 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.

Prevenir 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 revocación 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 consiliación. 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.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 - 86 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 irate al responsable del tratamiento y el 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 SMMLV**

| ACTIVIDAD ECONÓMICA  | ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES | ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN | POSEE VIVIENDA PROPIA   | SI  | PRODUCTOR AGROPECUARIO                                      | SI   |    |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---|---|---|--|----|
| Ninguno <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Normalista <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>   |                                     |                                       | \$ _____                   | NO  |   | NO  |  |    |
| Nivel de Escolaridad: Presecular <input type="checkbox"/> Media académica o técnica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/> Técnica Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Último Grado <input type="checkbox"/>   |                                     |                                       |                            | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>     |  |    |
| Básico Primario <input type="checkbox"/> Medio Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/>   |                                     |                                       |                            | Posición Ocupacional: Patrón/Empleador <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Trabaja por su Cuenta <input type="checkbox"/> |   |   |  |    |
| SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, REQUIERE REPORTAR LA NOVEDAD DE NETINGO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MOROS, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA, DECRETOS 806 ART. 07 DE 1996 Y ART. 04 DECRETOS 1406 DE 1996. |                                     |                                       |                            |   |   |   |  |    |
| SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO  |                                     | Nombre del Tercero                    | Tipo de Identificación     | NT <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/>   | C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> | C.E. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> | Identificación del Tercero que realiza el Agente | 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               |                          |                           |                 |   |



## Historia Laboral

Nombre: MARTHA ELENA ANGULO PIEDRAHITA

CC 31930551

| Clave Planilla | Fecha Pago | Empleador         | Clave Pago | Periodo | Riesgo | Administradora                             | IBC       | Total Aportes |
|----------------|------------|-------------------|------------|---------|--------|--|-----------|---------------|
| 9494469171     | 2025/11/06 | ADONITRANS S.A.S. | 1909142361 | 2025-10 | ARL    | ARL SURA                                   | \$379,600 | \$16,600      |
| 9494469171     | 2025/11/06 | ADONITRANS S.A.S. | 1909142361 | 2025-10 | EPS    | NUEVA E.P.S.                               | \$379,600 | \$47,500      |
| 9494469171     | 2025/11/06 | ADONITRANS S.A.S. | 1909142361 | 2025-10 | ESAP   | ESCUELA DE ADMINISTRACION PUBLICA          | \$0       | \$0           |
| 9494469171     | 2025/11/06 | ADONITRANS S.A.S. | 1909142361 | 2025-10 | ICBF   | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | \$0       | \$0           |
| 9494469171     | 2025/11/06 | ADONITRANS S.A.S. | 1909142361 | 2025-10 | MEN    | MINISTERIO DE EDUCACION                    | \$0       | \$0           |
| 9494469171     | 2025/11/06 | ADONITRANS S.A.S. | 1909142361 | 2025-10 | SENA   | SENA                                       | \$0       | \$0           |

| DATOS DEL APORTANTE |                     |                  |                 |                 |                    |                                     |  |  |  |
|---------------------|---------------------|------------------|-----------------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| TIPO                | NÚMERO              | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN       | TELÉFONO        | CORREO             | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |  |  |  |
| NI                  | 900527861+2         | ADONITRANS SAS   | CRA 34 # 5b2 25 | 3177496299      | th@adonitrans.com  |                                     |  |  |  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE     | NOMBRE SUCURSAL  | CÓDIGO          | DEPARTAMENTO    | CUIDAD / MUNICIPIO |                                     |  |  |  |
| ÚNICA               | B -- menos de 200 c |                  |                 | VALLE DEL CAUCA | CALI               | SI                                  |  |  |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |               |          |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DI/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |          |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                | Y             | 2025-10                 | 91016456        | EMPLADOS      | UPC      |
| 2025-10              | 2025-10                          |               |                         |                 | 1             | 0        |
|                      |                                  |               |                         |                 | TOTAL A PAGAR | \$32.100 |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |           |             |                        |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre    | NIT         | Cotización Obligatoria |
| EPS037        | Nueva EPS | 900156264+2 | 23.800                 |

| TOTALES PENSIÓN |        |     |                        |
|-----------------|--------|-----|------------------------|
| Código AFP      | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria |
|                 |        |     |                        |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 8.300                  |

| TOTALES CAJAS |        |     |                        |
|---------------|--------|-----|------------------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria |
|               |        |     |                        |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| SENA                 |           |                   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| MEN                  |           |                   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| SENA                 |           |                   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |
| TOTALES              |           |                   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 23.800                              | 23.800        |
| Pensión                | 0                              | 0                                   | 0             |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 8.300                               | 8.300         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                |                                | 2                                   | 32.100        |





**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) MARTHA ELENA ANGULO PIEDRAHITA identificado(a) con CC 31930551 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| <b>Fecha de Activación de</b>   | <b>31/01/2022</b>  |
| <b>Estado de la Afiliación:</b> | <b>ACTIVO</b>      |
| <b>IPS:</b>                     | <b>IPS INGENIO</b> |
| <b>Categoría:</b>               | <b>A</b>           |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 30 días del mes de octubre del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.  
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



**Gerencia de Afiliaciones**  
Nueva EPS S.A

Medellín, 22 de octubre de 2025

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que MARTHA ELENA ANGULO PIEDRAHITA identificado(a) con cédula de ciudadanía 31930551 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 23/10/2025

**Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**ADONITRANS SAS N900527861**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

**CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

**CENTRO DE TRABAJO:** 000000001 - RIESGO IV

**CLASE:** 4 **PORCENTAJE:** 4.35%

**TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

4492104 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE ALQUILER O ARRENDAMIENTO DE VEHÍCULOS DE PASAJEROS CON CONDUCTOR

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 4492104

**CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

**Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

- 1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.**
- 2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.**

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación  
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

22/10/2025 9.01 AM