

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MONICA ALEJANDRA SUAREZ MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.459.601**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Enero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

9011651958

9011651958

No. de Radicación

28695846

Fecha de Radicación

08 | 01 | A | 2025 | A

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> • 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 A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) 3
---	--	---	--	---	---

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido SUAREZ	Segundo Apellido MARTINEZ	Primer Nombre MONICA	Segundo Nombre ALEJANDRA
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1018459601	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento D 28 D 04 M A A 1993 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia 6	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN 0	14. Grupo de población especial 20	15. Administradora de riesgos laborales - ARL NINGUNA	16. Administradora de pensiones PORVENIR S. A.
17. Ingreso base de cotización - IBC \$1.623.500	18. Residencia KILOMETRO 1 CASA OFICIALES 33 AUTOPISTA BOGOTA			19. Teléfono fijo NT	20. Teléfono celular 3163590829
21. Correo electrónico monik2804@hotmail.com		22. Ciudad PUERTO SALGAR		23. Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>	24. Localidad / Comuna CUNDINAMARCA

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

19. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco		30. Etnia	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre							
B1								D D M M A A A A					
B2								D D M M A A A A					
B3								D D M M A A A A					
B4								D D M M A A A A					
B5								D D M M A A A A					
31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)									
Tipo Condición		Municipio / Distrito		Zona Urbana Rural		Departamento		Teléfono fijo y/o celular					
F N M T P													
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS C EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO DE PUERTO SALGAR	35. Código de la IPS (a registrar por la EPS) 1528
B	
B	
B	
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

36. Nombre o razón social SUAREZ MARTINEZ MONICA	37. Tipo de documento de identificación CC	38. Número del documento de identificación 1018459601	39. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
40. Ubicación KILOMETRO 1 CASA OFICIALES	41. Teléfono NT	42. Correo electrónico PUERTO SALGAR	43. Municipio / Distrito CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. Tipo de Novedad	45. 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 corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/> Código <input type="text"/> 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 de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <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	42. Tipo de documento de identidad	43. Número del documento de identidad	44. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	45. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	46. Fecha de novedad 08 01 A 2025 A		
47. Primer Apellido		48. Segundo Apellido		49. Primer Nombre		50. Segundo Nombre	
51. Tipo de documento de identidad		52. Número del documento de identidad		53. Motivo de traslado Código		54. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
55. EPS anterior NINGUNA							

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	<input checked="" 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.	<input type="checkbox"/>
49. Declaración de no internación 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	<input checked="" type="checkbox"/>

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio Independiente cuenta propia
--	--

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC	57. 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"/>	58. Total <input type="text"/>
59. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/>		
60. 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"/>		
61. 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"/>		
62. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/>		
63. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/>		
64. Copia del 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"/>		
65. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. <input type="checkbox"/>		
66. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/>		
67. 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

68. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio Código del departamento	69. Datos del SISBÉN Número de la ficha Puntaje Nivel	70. Fecha de radicación D D M M A A A A	71. Fecha de validación D D M M A A A A
72. Datos del funcionario que realiza la validación			
73. Primer Apellido		74. Segundo Apellido	
75. Primer Nombre		76. Segundo Nombre	
77. Tipo de documento de identidad		78. Número del documento de identidad	
79. Firma del funcionario		80. CARGO: INDEPENDIENTE	

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.

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

“Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos.” (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

Firma del afiliado:



Nombres y Apellidos
Identificación:

MONICA ALEJANDRA SUAREZ MARTINEZ
CC 1018459601

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO ☒

Firma del afiliado:



Nombres y Apellidos
Identificación:

MONICA ALEJANDRA SUAREZ MARTINEZ
CC 1018459601

“ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos
de quien no sabe o
no puede firmar:

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

Huella