

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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**MONICA ALEJANDRA ZARTA SANABRIA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.384.749**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero del 2026.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE											
1. Tipo de Trámite				2. Tipo de Afiliación				3. Régimen		4. Contribución solidaria	
A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades				A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o Afiliado adicional				A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
5. Tipo de Afiliado				6. Tipo de Cotizante				7. Código			
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia				C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional				A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado			
								(a registrar por la EPS)			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)											
8. Apellidos y nombres											
Primer Apellido			Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre		
ZARTA			SANABRIA			MONICA			ALEJANDRA		
9. Tipo de documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación		13. Nacionalidad			
CC		1007384749		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino		F X M T NB Otro		COLOMBIANA			
14. Lugar de nacimiento		País		Departamento		Municipio		15. Fecha de nacimiento			
IBAGUE		COLOMBIA		TOLIMA		IBAGUE		09 02 2000 A			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS											
16. Etnia											
17. Comunidad											
18. Discapacidad											
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de discapacidad											
19. Tiene encuesta SISBÉN											
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>											
20. Clasificación SISBÉN											
Nivel Grupo											
21. Grupo de población especial											
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL											
POSITIVA											
23. Administradora de Pensiones											
PORVENIR											
24. Ingreso base de cotización - IBC											
\$1.423.500											
25. Tarifa Contribución Solidaria											
26. Residencia Dirección											
CRA 8A #53-53 CONJUNTO TOSCANA											
Teléfono Celular											
3 2 2 8 9 1 9 9 3 8											
Correo Electrónico											
MONICA.ZARTA09@GMAIL.COM											
Departamento											
TOLIMA											
Municipio / Distrito											
IBAGUE											
Localidad / Comuna											
Zona											
Cabecera Municipal Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural											
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR											
27. Apellidos y nombres											
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre											
28. Tipo de documento de identidad											
29. Número del documento de identidad											
30. Sexo biológico											
Femenino Masculino											
31. Sexo identificación											
F M T NB Otro											
32. Nacionalidad											
33. Lugar de nacimiento											
País Departamento Municipio											
34. Fecha de nacimiento											
D D M M A A A A											
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES											
35. Apellidos y nombres											
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre											
36. Tipo de documento de identidad											
37. Número del documento de identidad											
38. Nacionalidad											
39. Sexo biológico											
Femenino Masculino											
40. Sexo identificación											
F M T NB Otro Cual											
41. Lugar de nacimiento											
País Departamento Municipio											
42. Fecha de nacimiento											
D D M M A A A A											
43. Parentesco											
44. Etnia											
45. Comunidad											
46. Grupo de población especial											
47. Tiene encuesta SISBÉN											
Si No Nivel Grupo											
48. Clasificación SISBÉN											
Si No Categoría de discapacidad											
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											
Teléfono fijo y/o celular											
52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)											
Dirección											
Localidad/Comuna											
Correo Electrónico											

A. AFILIACIÓN



53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
MONICA ALEJANDRA ZARTA SANABRIA	CC	1007384749	
59. Ubicación Dirección			Teléfono fijo o Celular
CRA 8A #53-53 CONJUNTO TOSCANA			3228919938
Correo Electrónico		Departamento	Municipio / Distrito
MONICA.ZARTA09@GMAIL.COM		TOLIMA	IBAGUE

60. Tipo de Novedad			
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.	<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado		
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen		
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.		
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.		
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.		
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.		
<input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.		
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.		
<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.			

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido			
ZARTA		SANABRIA		MONICA ALEJANDRA	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico	
CC		1007384749		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad		63. Sexo identificación	
		D D M M A A A A		F X M T NB Otro	
				Cuál	
				64. Fecha de nacimiento	
				09 02 A 2026	
		67. Motivo de traslado		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
		Código			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	
<input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	
<input type="checkbox"/> 75. 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 type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	
<input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	
<input type="checkbox"/> 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 se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad		No. del documento de identidad	

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad	Cantidad de documentos de identidad anexos: CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
<input type="checkbox"/> 84. 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"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
<input type="checkbox"/> 88. 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"/> 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 760 de 2016.	
<input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/> 91. 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.	
Total Anexos <input type="text"/>	

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido			
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		95. Firma del funcionario	
				96. fecha de radicación	
				D D M M A A A A	
				97. Fecha de validación	
				D D M M A A A A	

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento



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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**MONICA ALEJANDRA ZARTA SANABRIA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.384.749**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS**

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Monica Alejandra Zarta Sanabria, identificado(a) con CC número 1007384749, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1007384749
NOMBRES Y APELLIDOS	Monica Alejandra Zarta Sanabria
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	09/02/2000
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 Tiene El Servicio Suspendido
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	24 - Sin Empleador Vigente
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	31/12/2025
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	38 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	39 semanas
RÉGIMEN	Subsidiado
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2026
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1007384749 MONICA ALEJANDRA  
ZARTA SANABRIA Desde 06/08/2025 Hasta 31/12/2025N.I.T.  
800165945 RAMA JUDICIALDIR SECC DE ADMONJUDICIAL  
TOLIMA Desde 06/08/2025 Hasta 31/08/2025