porvenir
sólo hay uno

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:

ORLANDO PEÑA DURAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.106.413**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 30 01 2026

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación; B. Reporte de Novedades: X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual; B. Colectiva; D. De Oficio; - Cotizante o Cabeza de Familia; Beneficiario o Afiliado adicional; C. Institucional
3. Régimen: A. Contributivo: X; B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si; No
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante: X; B. Cabeza de Familia; C. Beneficiario; D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente; B. Independiente: X; C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO (Cotizante, Cabeza de familia, Beneficiario o Afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres
   - Primer Apellido: Peña
   - Segundo Apellido: Duran
   - Primer Nombre: Orlando
   - Segundo Nombre:
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 91.106.413
11. Sexo biológico: Femenino; Masculino: X
12. Sexo identificación: F; M: X; T; NB; Otro; Cuál
13. Nacionalidad: Colombiano
14. Lugar de nacimiento: País: Colombia; Departamento: Santander; Municipio: Socorro
15. Fecha de nacimiento: 08 03 1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad: Si; No; Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si; No
20. Clasificación SISBÉN: Nivel; Grupo
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
23. Administradora de Pensiones
24. Ingreso base de cotización - IBC: 1.750 905
25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia Dirección: Calle 17 # 32-43 Edificio Andinos 3 Apto 401
    - Teléfono Fijo:
    - Teléfono Celular: 3114472702
    - Correo Electrónico:
    - Departamento: Santander
    - Municipio / Distrito: Bucaramanga
    - Localidad / Comuna:
    - Zona: Cabecera Municipal: X; Rural Disperso; Centro Poblado; Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

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; Cuál
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País; Departamento; Municipio
34. Fecha de nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	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; Cuál	41. Lugar de nacimiento: País; Departamento; Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	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
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

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 cargo de la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

C	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

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

56. Nombre o razón social	58. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	59. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Orlando Peña Duran	CC	91.106.413	

60. Ubicación

Dirección: Calle 17 # 32-43 Edificio Andinos 3 Apto 401 — Teléfono fijo o Celular: 3114472702

Correo Electrónico: — Departamento: Santander — Municipio / Distrito: Bucaramanga

66. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la interrupción 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 actualización de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción a EPS retorno al país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad — A. Régimen Contributivo — B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado — A. Mismo Régimen — B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino / Masculino	63. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cuál	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	30 01 2026	Código:	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de factores de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no afiliación 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 75. Autorización para que la EPS realice los cobros pertinentes 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. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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. DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

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. de 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
Orlando Peña Durán	

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN / RC / TI / CC / CE / PA / CD / SC / PT
- [ ] 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 decrete 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 la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 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 a que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN INSTITUCIONAL

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 LA AFILIACIÓN INSTITUCIONAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	96. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

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

Powered by CamScanner