GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
E.P.S. INDIGENA
MALLAMAS
Diversidad en salud para un buen vivir

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Codigo: AS-FR-001
Versión: 01
Vigencia: 28/02/2017

No. de Radicación	Fecha de Radicación
3248551314253	11/02/2026

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [x]

2. Tipo de Trámite: - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] A. Individual; - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. de oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [x] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [x] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

Código (a registrar por la EPS):

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION(del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: CHAMARRA	Segundo Apellido: MOÑA	Primer Nombre: OLEGARIO	Segundo Nombre:

7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	94390398	Femenino [ ] Masculino [x]	13/01/1972

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad (F N M / T P)	13.Puntaje Sisben	14.Grupo Población Especial
1	Tipo: Condicion:		16

15.Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16.Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		$1,750,905

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Telefono Celular	Correo electrónico
RESGUARDO INDIGENA PUERTO PIZARIO	3207021174		VALLE DEL CAUCA

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BUENAVENTURA	Urbana [ ] Rural [x]		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyugué 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	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

	24. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del Documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34.Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento	37. Número del documento de identidad	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CHAMARRA MOÑA OLEGARIO	CC	94390398	02

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
VDA PUERTO PIZARIO RESGUARDO INDIGENA		olchamo13@gmail.com	BUENAVENTURA	VALLE DEL CAUCA

porvenir
sólo hay uno

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:

OLEGARIO CHAMARRA MOÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **94.390.398**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 31 de Marzo 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.*