

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JHONATAN ESTIP HERNANDEZ GALLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1049637500**, se encuentra afiliado/a desde **07/10/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de junio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



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 Jhonatan Estip Hernandez Gallo, identificado(a) con CC número 1049637500, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1049637500
NOMBRES Y APELLIDOS	Jhonatan Estip Hernandez Gallo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	04/04/1994
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	28 - Subsidiado
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	28/02/2026
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Subsidiado
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	28/05/2026
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	
N.I.T. 860066946 SEGURIDAD SUPERIOR LTDA. Desde 24/02/2026 Hasta 28/02/2026CEDULA DE CIUDADANIA 1049637500 Trabajador Independiente Desde 01/02/2026 Hasta 01/02/2026N.I.T. 830069989 WEST ARMY SECURITY LIMITADA Desde 06/03/2025 Hasta 31/12/2025	

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

I. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen		4. Contribución solidaria	
1. Tipo de Trámite	A. Afiliación B. Registro de Novedades	A. Individual B. Colectiva C. De Unión	A. Contributivo B. Subsidiado				
5. Tipo de Afiliado	A. Constante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	6. Tipo de Cotizante	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	7. Código		(a registrar por EPS)	
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL COOTIZANTE (en caso de afiliación individual, en caso de afiliación colectiva o de unión, en caso de afiliación adicional)							
8. Apellidos y nombres		9. Tipo de documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico	
- Hernandez		Cedula de ciudadanía		7049637500		Masculino	
14. Lugar de nacimiento		15. Fecha de nacimiento		12. Sexo identificación		13. Nacionalidad	
Bosota		04/04/1994		Masculino		Colombiana	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS							
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
				7.750.905			
26. Residencia		27. Correo electrónico		28. Teléfono fijo		29. Teléfono celular	
Carretera 4a # 9-46		3104074044					
30. Municipio		31. Localidad		32. Zona		33. Tipo de vivienda	
Boyaca		Tunja		Cabecera Municipal		Centro Urbano	
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR							
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante							
27. Apellidos y nombres		28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico	
31. Lugar de nacimiento		32. Fecha de nacimiento		33. Sexo identificación		34. Nacionalidad	
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales							
35. Apellidos y nombres		36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Sexo biológico	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
39. Sexo identificación		40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento	
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial	
47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Discapacidad permanente	
51. Datos de residencia		52. Tipo de vivienda		53. Teléfono fijo y/o celular		54. Tipo de vivienda	



201113939

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

53. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

B1

B2

B3

B4

B5

55. Nombre o razón social

55. Tipo documento de identificación

57. Número del documento de identificación

58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección

Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico

Departamento

Municipio / Distrito

60. 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 inscripción en la EPS. Código
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de aliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de aliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para realizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir trabajando
- ☐ 11. Inscripción 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: ☐ 1A Régimen Contributivo ☐ 1B Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ 1A. Mismo Régimen ☐ 1B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del (a) cónyuge o cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cónyuge
- ☐ 18. Reporte de la entidad de Pre-pensionado
- ☐ 19. Reporte de la entidad de Pensionado
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria

61. Datos básicos de identificación

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

62. Sexo biológico

63. Sexo (identificación)

64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad

67. Motivo de traslado

68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

- ☒ 69. Declaraciones de dependencia confirmada de los beneficiarios y aliados adicionales
- ☒ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☒ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que involucre la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☒ 72. Declaración de no información del cónyuge, cabeza de familia, beneficiarios u aliados 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 cónyuge o cabeza de familia y de sus beneficiarios o aliados adicionales
- ☒ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del aporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- ☒ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cónyuge, cabeza de familia y de sus beneficiarios u aliados adicionales, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1712 de 2012 y el Decreto 1977 de 2019
- ☒ 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 los aportes en Contribución Solidaria, según la encuesta del Spsn vigente

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

69. Tipo documento de identidad

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

- ☐ 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 inscripción en el registro civil que declare la unión marital
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia o acta que declare la separación de cuerpos o 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, del certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cónyuge sobre la ausencia de los dos padres
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud mental y 5 de diciembre 2017 3 de diciembre 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 la que conste la calidad de beneficiario o en orden de la afiliación de oficio

Total Anexos

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del departamento

93. Nombre de la Institución

94. Apellidos y nombres

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación

97. Fecha de validación

OBSERVACIONES

Requiere 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

Sello de procesamiento