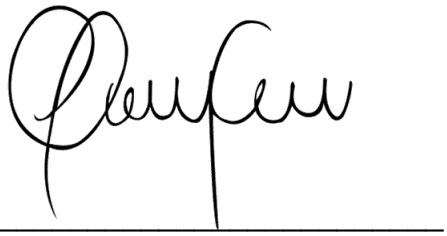
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **CARLOS MARIO BARRERA SANCHEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1.144.060.925**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 01 de marzo de 2019.

La presente certificación se expide el 07 de septiembre de 2026.

Cordialmente,



Gerente 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.

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D 07 M M 09 A A A A 2026

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

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. De Oficio [ ] - 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 cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BARRERA	SÁNCHEZ	CARLOS	MARIO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
Cedula de Ciudadania	1144060925	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		Colombiana

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Ibague	Colombia	Tolima	Ibague	D D 10 M M 04 A A A A 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad [ ]	Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	2000000	

26. Residencia — Dirección: Carrera 79 # 19a -56 — Teléfono Fijo: 3045512400

Teléfono Celular: 3045512400 — Correo Electrónico: carlosba23@hotmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Cundinamarca	Bogotà DC	Fontibon	Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

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	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ]	País [ ] Departamento [ ] Municipio [ ]	D D M M A A A A
B2				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ]	País [ ] Departamento [ ] Municipio [ ]	D D M M A A A A
B3				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ]	País [ ] Departamento [ ] Municipio [ ]	D D M M A A A A
B4				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ]	País [ ] Departamento [ ] Municipio [ ]	D D M M A A A A
B5				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ]	País [ ] Departamento [ ] Municipio [ ]	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad [ ]	Si [ ] No [ ]
B2					Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad [ ]	Si [ ] No [ ]
B3					Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad [ ]	Si [ ] No [ ]
B4					Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad [ ]	Si [ ] No [ ]
B5					Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad [ ]	Si [ ] No [ ]

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B2			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B3			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B4			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B5			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

B. REPORTE DE NOVEDADES

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)
Carlos Mario Barrera Sánchez	Cedula de Ciudadania	1144060925	

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o Celular
Carrera 79 · 19a-56	3045512400

Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
carlosba23@hotmail.com	Cundinamarca	`Bogotà DC

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [X] 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 afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 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: [ ] 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
Barrera	Sanchez	Carlos	Mario

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
Cedula Ciudadania	1144060925	Femenino Masculino x	F M x T NB Otro Cuál	10 04 1993

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	07 09 2026	Código	Porvenir

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 razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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. 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
Carlos Mario Barrera Sánchez	

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 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.
- [ ] 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 arcticulo 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

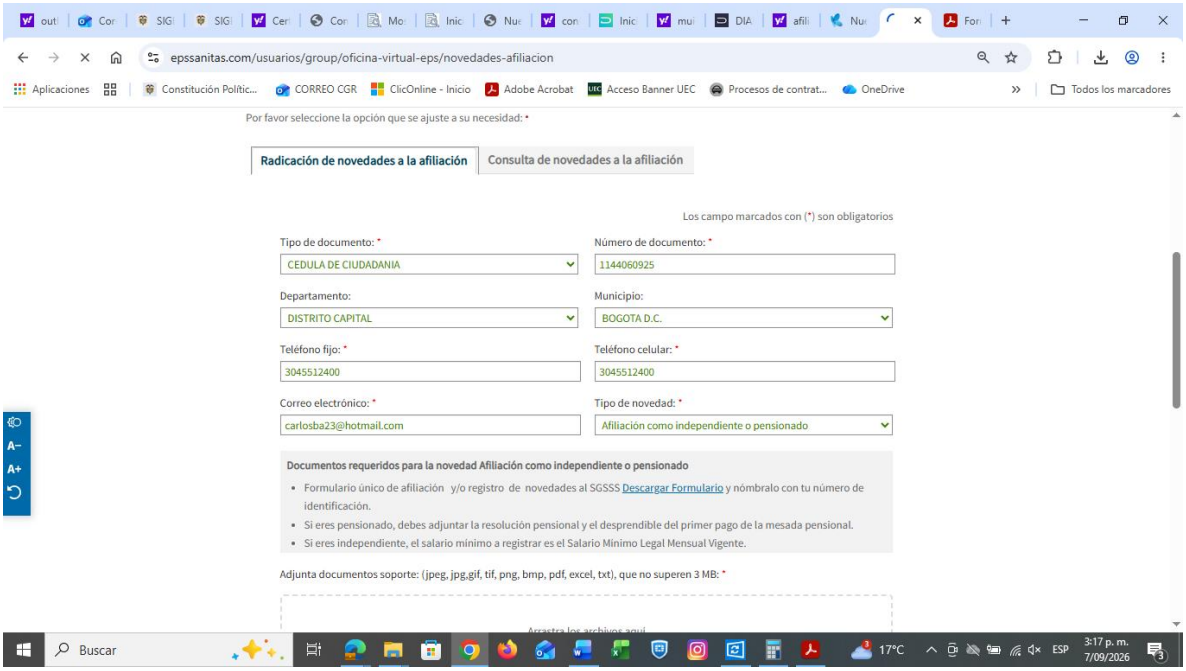
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	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


epssanitas.com/usuarios/group/oficina-virtual-eps/novedades-afiliacion
Por favor seleccione la opción que se ajuste a su necesidad: *
Radicación de novedades a la afiliación
Consulta de novedades a la afiliación
Los campo marcados con (*) son obligatorios
Tipo de documento: *
CEDULA DE CIUDADANIA
Número de documento: *
1144060925
Departamento:
DISTRITO CAPITAL
Municipio:
BOGOTA D.C.
Teléfono fijo: *
3045512400
Teléfono celular: *
3045512400
Correo electrónico: *
carlosba23@hotmail.com
Tipo de novedad: *
Afiliación como independiente o pensionado
Documentos requeridos para la novedad Afiliación como independiente o pensionado
Formulario único de afiliación y/o registro de novedades al SGSSS Descargar Formulario y nómbralo con tu número de identificación.
Si eres pensionado, debes adjuntar la resolución pensional y el desprendible del primer pago de la mesada pensional.
Si eres independiente, el salario mínimo a registrar es el Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.
Adjunta documentos soporte: (jpeg, jpg,gif, tif, png, bmp, pdf, excel, txt), que no superen 3 MB: *
Buscar
17°C
ESP
3:17 p. m.
7/09/2026


La radicación no. 0014820386 ha sido registrada exitosamente. La respuesta será enviada a: carlosba23@hotmail.com en los próximos tres días hábiles, puede llegar a tu bandeja de entrada u otras carpetas.
Si no obtienes respuesta puedes comunicarte en Bogotá al 3759000 y al 01 8000919100 en el resto del país.
en esta sección.

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO CONSENTIMIENTO AFILIACIÓN ARL
Versión: 1
CT.FT.21

Agencia Nacional Digital

Bogotá D.C.	Fecha:	7/09/2026
Nombres y apellidos:	CARLOS MARIO BARRERA SÁNCHEZ	
Numero de documento de identidad:	1.144.060.925	
Lugar de expedición de documento de identidad:	CALI	
EPS:	SANITAS	
Fondo de Pensiones:	PORVENIR	

Declaro expresamente lo siguiente:

1. Autorizo el uso de mis datos personales según lo establecido en la Ley 2157 del 29 de octubre de 2021.

2. Autorizo a la AND, para realizar el tramite correspondiente a la afiliación a la ARL POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

SI [X] NO [ ]

3. Estoy afiliado a una ARL distinta a POSITIVA COMPAÑiA DE SEGUROS , por lo cual me comprometo a continuar realizando los aportes correspondientes a la siguiente ARL.

ARL [ ]

4. Anexo certifcación de afiliación activa.

FIRMA