EPS Sanitas

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 21/10/2026

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

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades
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: Parra | Segundo Apellido: Sema | Primer Nombre: Cristhian | Segundo Nombre: David |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | Cuál | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1061778560 | Femenino Masculino X | F M X T NB Otro | | Colombia |

| 14. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| Popayan | Colombia | Cauca | Popayan | D D M M A A A A |

## 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 X 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 | $ 1750905 | |

| 26. Residencia Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| Calle 8N # 11-05 | 8371211 |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 311 404 4566 | Cristian.dc17@hotmail.com |

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| Cauca | Popayan | Santa clara. | Cabecera Municipal X Rural Disperso; Centro Poblado; 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 | Cuál | 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 Cuál | País Departamento Municipio | D D M M A A A A |
| B2 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | D D M M A A A A |
| B3 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | D D M M A A A A |
| B4 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | D D M M A A A A |
| B5 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | 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 SISBÉN | 48. Clasificación SISBÉN | 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 reportar 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 | | | |

AFILIACIÓN

RESERVADO EXCLUSIVO ADRES

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | 54. Código de la IPS a registrar por la EPS |
|---|---|---|
| 00 | | |
| 01 | | |
| 02 | | |
| 03 | | |
| 04 | | |
| 05 | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO O BENEFICIARIO Y DE LA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de afiliado o régimen de Pensiones a registrar por la EPS |
|---|---|---|---|
| Cristhian David pana S. | 1061778560 | | |

59. Dirección Domicilio: Calle 8 N # 11-05 — Teléfono fijo o Celular: 3114044566

Correo Electrónico: Cristhian.dc17@hotmail.com — Departamento: Cauca — Municipio / Distrito: Popayan

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 afiliación 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 nacional 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 Cotización Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Cotización Solidaria

## VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DEL BENEFICIARIO

61. Datos básicos de identificación — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 62. Sexo biológico (Femenino / Masculino) | 63. Sexo identificación (F / M / T / NR / Otro / Cual) | 64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad (D D M M A A A A) | 67. Motivo de traslado (Código) | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 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 soportan la condición de beneficiarios
- [ ] 72. Declaración de no transmisión del potencial, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y entregue 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 ajuste la información que se genere de la afiliación o del recaudo 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 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
- [ ] 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 topes 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. de documento de identidad |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## IX. FIRMAS

| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique y afiliado adicional | 81. Apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio |
|---|---|
| Cristhian David Pana. | |

## 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 invalidez 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 numerals 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 el que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

Total Anexos

## XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE AFILIACIONES COLECTIVAS

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

## XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE AFILIACIONES COLECTIVAS

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 (D D M M A A A A) | 97. Fecha de validación (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

OBSERVACIONES

2/2

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la ver[illegible]ción registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Fecha de radicación | Sticker processamiento |
|---|---|---|
| | | |

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:

**CRISTHIAN DAVID PARRA SERNA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.778.560**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia 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.