SANITAS EPS
AFILIACIONES
690180916

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación / II. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual / - Cotizante o Cabeza de Familia / - Beneficiario o Afiliado adicional / B. Colectiva / C. Institucional / D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo / B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si / No
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario / D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente / B. Independiente / 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: Martinez | Segundo Apellido: Jara | Primer Nombre: Diana | Segundo Nombre: Carolina
9. Tipo de documento de identidad: Cedula
10. Número del documento de identidad: 1015902281
11. Sexo biológico: Femenino X / Masculino
12. Sexo identificación: F X M T NB Otro / Cual
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: País: Colombia | Departamento: Cundinamarca | Municipio: Bogotá
15. Fecha de nacimiento: 25 10 1987

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: 1790404
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección: Cr 110a # 141a 11
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3246811709
Correo Electrónico: dianacarolinamartinezjara@gmail.com
Departamento: Cundinamarca
Municipio / Distrito: Bogotá
Localidad / Comuna: Suba
Zona: 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: Femenino / Masculino
31. Sexo identificación: F M T NB Otro / Cual
32. Nacionalidad
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. 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 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			

A. AFILIACIÓN

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTINEZ JARA DIANA CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **1.015.402.231** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 18 de octubre de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**