

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Yohanna
nueva
eps

gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN
11.12.25

* 01B 19743204 *

Novedad

ASESOR A1210

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE	B. REPORTE DE NOVEDADES <input checked="" type="checkbox"/>	2. TIPO DE AFILIACIÓN							
A. AFILIACIÓN	B. NOVEDADES	A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	b) Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	C. Institucional <input type="checkbox"/>	D. De oficio <input type="checkbox"/>	E. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	F. Pensionado <input type="checkbox"/>	
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	5. TIPO DE AFILIADO	A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	6. TIPO DE COTIZANTE	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. CÓDIGO	
A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)		A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>						3. RÉGIMEN A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	MUNOZ	SEGUNDO APELLIDO	ORTIZ	PRIMER NOMBRE	Yenier	SEGUNDO NOMBRE	
8. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1001234261	11. SEXO BIOLÓGICO	<input checked="" type="checkbox"/>	12. SEXO IDENTIFICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otra
13. CIUDADANÍA	Colombiana	14. LUGAR DE NACIMIENTO	Colombia	15. FECHA HACIMIENTO	22.03.2003	16. LUGAR DE RESIDENCIA	Medellin.
17. COMUNIDAD INDÍGENA							
18. DISCAPACIDAD	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	19. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD		20. CLASIFICACIÓN SISBEN		21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	
22. AFI	6	23. INC	1423500	24. TASA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		25. RESIDENCIA	DEPARTAMENTO Carrera 57 B 77 sur 93
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR	3175187068	CORREO ELECTRÓNICO	Fernandalo Lopez ph01@gmail.com	ZONA	Antioquia
MUNICIPIO/ DISTRITO	Ja Estrella	LOCALIDAD/COMUNA		PAISES		PAÍS	Sura
30. SEXO BIOLÓGICO							
31. SEXO IDENTIFICACIÓN							
32. NACIONALIDAD							
33. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS DEPARTAMENTO MUNICIPIO							
34. FECHA HACIMIENTO DIA MES AÑO							

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero/a permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	34. FECHA HACIMIENTO	35. FECHA DE NACIMIENTO

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
B1				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Datos complementarios del Beneficiario	44. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	45. COMUNIDAD	46. ASESOR:	47. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	48. CLASIFICACIÓN SISBEN	49. DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE	51. Datos de residencia	ZONA
B33. PARENTESCO	B34. ETRIA	B35. COMUNIDAD		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	DEPARTAMENTO MUNICIPIO/ DISTRITO	LIGERA RURAL ZONA URBANA MUY RURAL RURAL DISPERSA RESTO RURAL			

52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	53. DIRECCIÓN	54. LOCALIDAD/ COMUNA	55. CORREO ELECTRÓNICO	56. IPS	57. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

58. Nombre y razón social	59. Teléfono fijo y/o celular	60. Número del documento de identificación	61. Número del documento de identificación	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN	64. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
JUAN ESTEBANO JARAMILLO		95633089	98633089	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otra	Dependiente
59. Ubicación	60. LUGAR DE RESIDENCIA	61. DEPARTAMENTO	62. MUNICIPIO/ DISTRITO	63. ZONA		MUNICIPIO/ DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD	1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA SEGUIR COTIZANDO	15. TRASLADO
	2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	10. TERMINACIÓN DE RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES	A) MISMO RÉGIMEN
	3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. DESCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	B) DIFERENTE RÉGIMEN
	4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS	12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
	5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código:	13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	17. REPORTE DEL TRÁMITE DE AFILIACIÓN O RETIRADA DE PREVISIONADO
	6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código:	14. MOVIDAD	18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
	7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	19. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.
	8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO	20. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1001234261	Yenier
64. FECHA HACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO Código

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

68. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(s) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
69. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
70. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.
71. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
72. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de los documentos que constan en el expediente del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información relevante de la actualización o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo y uso de 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. e) Autorizo mi consentimiento explícito para que la nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.
77. Autorización para que la EPS se comunique con las finanzas nacionales e informe sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
78. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y realizar los pagos correspondientes.
79. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del SISSBánk vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

70. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

71. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

72. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN MS FIC TI CC CE SC PA CD AS PT	Total
Cantidad		
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.		
84. Copia del régulo 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 artículo 21 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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.		Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio Código del departamento

93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

95. FIRMA DEL FUNCIONARIO

96. FECHA DE RADICACIÓN

97. FECHA DE VALIDACIÓN

98. APUNTES

99. OBSERVACIONES:

100. Firma del beneficiario y afiliado adicional

101. Firma del funcionario que valida la información

102. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

103. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

104. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

105. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

106. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

107. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

108. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

109. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

110. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

111. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

112. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

113. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

114. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

115. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

116. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

117. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

118. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

119. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

120. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

121. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

122. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

123. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

124. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

125. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

126. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

127. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

128. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

129. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

130. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

131. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

132. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

133. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

134. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

135. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

136. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

137. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

138. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

139. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

140. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

141. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

142. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

143. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

144. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

145. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

146. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

147. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

148. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

149. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

150. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

151. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

152. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

153. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

154. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

155. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

156. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

157. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

158. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

159. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

160. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

161. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

162. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

163. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

164. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

165. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

166. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

167. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

168. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

169. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

170. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

171. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

172. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

173. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

174. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

175. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

176. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

177. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

178. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

179. Firma del empleado, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio</

Medellín, 12 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de JARAMILLO TEJADA LUIS FERNANDO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA				Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4.35 %	
C1001234261	MUÑOZ ORTIZ YEINER	13/12/2025	13/12/2025	2513840c	DEPENDIENTE	POR INICIAR
null						

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/12/2025 11:02:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.29.187.195, 192.230.104.9, 172.16.42.57

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MUÑOZ ORTIZ YEINER** identificado(a) con CC número **1.001.234.261** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 18 de diciembre de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enumera 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 11 de diciembre de 2025.

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://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>