



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**  
**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE**  
**PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-077**  
**VERSIÓN: 2**  
**FECHA: 2025-06-09**

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**ENIRA YECENIA FERNANDEZ ZARATE**

CON CC: N° 65,757,984

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO O AGENTE DE CAMBIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 3337 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	02/01/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 9,226,128	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 18,884,453	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1,587,368
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	8 MESES 28 DIAS		
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	GSP PSPIC - COMUNITARIO SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las actividades del producto Producto 42: Dispositivos comunitarios para el cuidado colectivo para el bienestar Implementación de las sesiones grupales en Rehabilitación Basada en Comunidad- RBC 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de sesiones colectivas, actas de desarrollo, diarios de campo
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Proyección y ejecución del cronograma de actividades del mes en curso y actualización del mes anterior 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentación de soportes diarios de campo, sesiones colectiva y actas de desarrollo, cumplimiento de fichas técnicas de comunicación incluyente del agente de cambio 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): actas y matrices
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se apoyan las actividades que están sujetas al objeto contractual, conforme a su vez a las actividades transversales del rol de gestión comunitaria o agente de cambio 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): actas y matrices
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar la identificación y enganche de la población que se encuentren en el contexto donde desarrolla sus actividades, de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actas de apropiación conceptual abordando la totalidad del lineamiento, la estrategia y sus anexos, así como el reconocimiento de líderes, entidades y actores clave en territorio para realizar la convocatoria y demanda inducida con la comunidad para las actividades implementadas en el producto 42 dispositivos comunitarios 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): actas y matrices
6	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las jornadas de archivo programadas por el entorno con la oportunidad y calidad requerida 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): actas y matrices
7	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se apoyan las actividades que están sujetas al objeto contractual, a través de las actividades de articulación y enganche dispuestas en la estrategia de comunicación incluyente de agente de cambio 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): actas y matrices
8	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se apoyan las actividades que están sujetas al objeto contractual, conforme a su vez a las actividades transversales del rol de gestión comunitaria o agente de cambio, realizando soportes con calidad y oportunidad así como recibiendo la retroalimentación correspondiente del profesional de apoyo durante las actividades de revisión y preauditoría durante el mes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): actas de preauditoría entrega de actas y matrices diarios de campo

9	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se apoyan las actividades que están sujetas al objeto contractual, a través de las actividades de articulación y enganche dispuestas en la estrategia de comunicación incluyendo de agente de cambio realizar la planeación, divulgación y ejecución del encuentro interlocal de la RBC.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): actas y matrices</p>
---	--

### III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

**SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.**

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **01/09/2025** al **30/09/2025**

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1074776301	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	08/09/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	NO APLICA		
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	08/09/2025	\$ 34,700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 212,700</b>

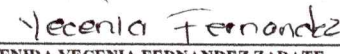


### V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

### VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <b>YECENIA FERNANDEZ</b> ENIRA YECENIA FERNANDEZ ZARATE CC: 65757984
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <b>CLAUDIA IRENE SEGURA VERA</b> SUPERVISOR ALTERNO
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 <b>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</b> SUPERVISOR DEL CONTRATO



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**  
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO:** AP-IA-FT-014  
**VERSIÓN:** 7  
**FECHA:** 2025-06-09

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 30/09/2025

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	ENIRA YECENIA FERNANDEZ ZARATE	<b>CC:</b>	65,757,984
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<a href="mailto:sigoenalgunlugar@gmail.com">sigoenalgunlugar@gmail.com</a>	<b>TELÉFONO:</b>	3163748130
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 55 D SUR 16 52	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

<b>NO</b> tomaré costos y deducciones	<input checked="" type="checkbox"/> ( X )
<b>SI</b> tomaré costos y deducciones	<input type="checkbox"/> ( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

**Régimen Simple De Tributación:** RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO BBVA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>Nº CUENTA:</b>	074074360
---------------------------------	------------	------------------------	---------	-------------------	-----------

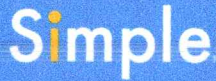
**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 3337 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 1,587,368
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	02/01/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/09/2025
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	1/09/2025 AL 30/09/2025		

*Yecenia Fernandez*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:** ENIRA YECENIA FERNANDEZ ZARATE

**CC:** 65,757,984  
**CEL:** 3163748130



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-08, 04:22:39 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074776301

Periodo Cotización: agosto de 2025

Periodo Servicio: agosto de 2025

Referencia pago (PIN): 8823058013

## PAGADO 08/09/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	ENIRA YECENIA FERNANDEZ ZARATE		
<b>Documento</b>	CC65757984	<b>Dirección</b>	cil 1 c N29-68
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	3163748130
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	BOGOTA D.C.
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	SEGUROS BOLIVAR

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtítulo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	CDR	VEJ	VEJ A	VEJ B	VEJ C	VAC	AVP	VCT	INF	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aportes Pensión	Administradora	IBC Salud	Aportes Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aportes Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aportes Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 65757984	ENIRA YECENIA FERNANDEZ ZARATE	59	02																		0	0	0	0	(NINAF) NINGUNA AFP	\$ 0	\$ 0	(EPS001) ALIANSALUD	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 212.700

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 0	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 212.700	\$ 0	\$ 212.700



¡Hola, ENIRA YECENIA FERNANDEZ ZARATE!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 212.700

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref 8823058013-202508-945008. idTrans 945008

Fecha de la transacción: 08/09/2025

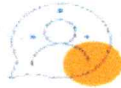
CUS: 1761978069

Gracias por utilizar nuestro servicio.



#### Ten en cuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



#### Para mayor información comunícate con nosotros:

- En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 3
- Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



ACH Colombia

Bogotá, 11 de febrero de 2020

# Protección

## Pensiones y Cesantías

Señor(a):

**ENIRA YECENIA FERNANDEZ ZARATE**

CC 65757984 RP

Reciba un cordial saludo, de la Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Protección S.A., en adelante Protección.

Realizamos alcance a la comunicación de fecha 22 de enero de 2020, en el sentido de informar que procedemos a realizar reconocimiento de la Pensión de Invalidez a su favor en cumplimiento a la orden impartida por la CORTE CONSTITUCIONAL mediante providencia T-484 de 2019.

Por lo expuesto, el detalle de la prestación reconocida es:

Valor Mesada Pensional 2020	\$877.803*	14 mesadas por año
Valor Retroactivo	\$ 151.324.645	Desde 30-jul-1997 al 30-ene-2020
¿Autoriza pago retroactivo al empleador?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

*La fecha de reconocimiento de la prestación económica será a partir del 30 de julio de 1997, fecha de estructuración determinada por la Corte Constitucional.*

*\*Del valor de la mesada pensional se descontará el 8% correspondiente a la cotización para la Entidad Promotora de Salud escogida por el beneficiario.*

*\*\*del cual se realizará el descuento del aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud del 8% dando cumplimiento a la Resolución 2388 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.*

*Es importante aclarar que, una vez recibida la presente notificación, registre directamente ante su EPS la novedad de su condición como pensionado. Lo anterior, en virtud en lo establecido en el artículo 2.1.6.5 del Decreto 780 de 2016 (Decreto Reglamentario del Sector Salud y Protección Social).*

Para garantizar su ingreso a la nómina de pensionados, lo invitamos a consultar el Anexo 1 – Reconocimiento Pensión de Invalidez en donde encontrará los pasos a seguir; Así mismo, todas las consideraciones legales para la determinación del derecho a la prestación reconocida en esta notificación en el Anexo 2 - Consideraciones Legales.

Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 – Bogotá: Transv. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 – 6013535 – Call: Cll. 64 Norte No. 5B-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052)6080086 – Barranquilla: Cra. 52 No. 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel:(055) 3608929.

www.proteccion.com – Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 – Nit. 800.138.188-1

# Protección

## Pensiones y Cesantías

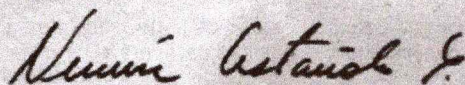
Tenga en cuenta que, si en la actualidad usted tiene una relación laboral activa, Protección informará del reconocimiento de esta prestación a su empleador. Adicionalmente, si usted se encuentra en desacuerdo con la presente Notificación, tiene la posibilidad de presentar solicitud de reconsideración, teniendo en cuenta que esta Administradora de Pensiones y Cesantías es de naturaleza privada y en consecuencia sus comunicaciones no son actos administrativos.

De conformidad con el artículo 44 de la Ley 100 de 1993 el estado de invalidez podrá ser revisado, razón por la cual usted podrá ser llamado a calificación cada 3 años, con el fin de evaluar nuevamente el estado de invalidez y el derecho a la pensión podrá ser modificado de acuerdo con el resultado de cada dictamen.

Por condiciones particulares de su caso, la modalidad de pensión que se ajusta es **Retiro Programado**, para ampliar la información usted puede encontrar las definiciones y características de las modalidades en el **anexo 2 Regulación Legal** adjunto a este comunicado.

Agradecemos la confianza depositada en nosotros durante estos años y le reiteramos nuestro deseo de seguir acompañándolo.

Cordialmente,



**VERONICA CASTAÑEDA ESTRADA**

Jefe de Definición de Beneficios Pensionales

Analizó: CSMEJIA

Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 – Bogotá: Transv. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 – 6013535 – Cali: Cll. 64 Norte No. 5B-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052)6080086 – Barranquilla: Cra. 52 No. 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel:(055) 3608929.

[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) – Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 – Nit. 800.138.188-1

# Protección

## Pensiones y Cesantías

### ANEXO 1: Pasos a Seguir

#### DEVOLUCION DE SALDOS DE INVALIDEZ

Para reclamar el pago de la prestación económica de **Devolución de Saldos**, usted debe acercarse a cualquiera de nuestras oficinas de servicio con su cedula original, allí procederemos a generar el pago a su cuenta bancaria.

**Para tener en cuenta:** si usted se acerca a la oficina de servicio antes de las 10:30 a.m. su pago se generará para el mismo día, de lo contrario éste quedará para el día hábil siguiente.

Si usted presenta alguna inquietud puede comunicarse con nosotros a través del correo electrónico [clientes@proteccion.com.co](mailto:clientes@proteccion.com.co), o con nuestra Línea de Servicio 01 8000 52 8000, Bogotá: 744 44 64, Medellín- Cali: 510 90 99, Barranquilla: 319 79 99, Cartagena: 642 49 99.

#### PENSION DE INVALIDEZ

Para finalizar el trámite y proceder con el ingreso a la nómina de pensionados de **Pensión de Invalidez**, usted debe acercarse a cualquiera de nuestras oficinas de servicio y presentar los siguientes documentos:

- **Certificación Cuenta Bancaria:** se requiere certificación de su entidad financiera donde conste el número y tipo de cuenta de la cual usted es titular.
- **Afiliación a la EPS:** usted deberá afiliarse a una Entidad Promotora de Salud en calidad de pensionado y para tal efecto, se le descontará mensualmente el 12% de su mesada pensional; dicho valor se destinará al pago del aporte correspondiente a la EPS elegida por usted.
  - **Para tramitar su afiliación a la EPS debe:**
    - Si usted no se encuentra vinculado a una EPS, acérquese a la EPS de su elección con esta notificación, y diligencie una afiliación como **COTIZANTE PENSIONADO – VINCULACIÓN INICIAL**.
    - Le sugerimos que la elección de la EPS la haga teniendo en cuenta la cobertura de la misma en su ciudad.
    - Si usted está afiliado como cotizante dependiente, independiente o beneficiario de algún familiar a la EPS, debe tramitar la afiliación en la misma EPS en donde se encuentra actualmente, pero debe realizar el cambio a **COTIZANTE PENSIONADO**. Debe reportar con anterioridad ante esta entidad la novedad de retiro de su afiliación anterior, garantizando que no se pierda la continuidad de la misma.
    - Realizar la afiliación bajo el Nit. 900.379.921 del Fondo de Pensiones Obligatorias Protección Retiro Programado.
  - **Para tener en cuenta:**
    - Si usted recibe esta notificación antes del día 15 del mes, deberá realizar la afiliación a la EPS con fecha 1° del mismo mes.
    - Si recibe esta notificación posterior al día 15 del mes deberá realizar la afiliación a la EPS a partir del 1° del mes siguiente.

Si usted presenta alguna inquietud puede comunicarse con nosotros a través del correo electrónico [clientes@proteccion.com.co](mailto:clientes@proteccion.com.co), o con nuestra Línea de Servicio 01 8000 52 8000, Bogotá: 744 44 64, Medellín- Cali: 510 90 99, Barranquilla: 319 79 99, Cartagena: 642 49 99.

Medellín: Cll. 49 No. 63-100 Medellín Torre Protección. Tel: (054) 2307500 – Bogotá: Transv. 23 No. 97-73 Piso 5 Edificio City Business. Tel: (051) 6012525 – 6013535 – Cali: Cll. 64 Norte No. 58-146 Centro Empresarial Local 47. Tel: (052)6080086 – Barranquilla: Cra. 52 No. 76-167 C.C. Atlantic Center Oficina 504 Locales 113 y 114. Tel:(055) 3608929.

[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) – Línea de servicio Nacional 01 8000 52 8000 – Nit. 800.138.188-1