CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Yo, **Sirley Paola Toro Restrepo**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1040038289**, actuando en calidad de proponente como persona natural dentro del proceso **MC-CMC-CBA-009-2026**, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que:

Me encuentro afiliada al Sistema de Seguridad Social Integral en los componentes de **salud y pensión**, cumpliendo con las disposiciones legales vigentes.

Así mismo, manifiesto que los certificados de afiliación a salud y pensión se adjuntan al presente documento, los cuales se encuentran vigentes y dentro del término exigido por la entidad.

La presente certificación se expide para efectos de participación en el proceso de contratación.



Sirley Paola Toro Restrepo
C.C. 1040038289

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012856071
9012856071

Número Radicación SAT: 30583495

Fecha de Radicación: 05 05 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación:	A. Individual:	A. Contributivo:	SI:	A. Cotizante: X	A. Dependiente:	3
B. Reporte de Novedades: X	- Cotizante o cabeza de familia: X	B. Subsidiado:	NO:	B. Cabeza de familia:	B. Independiente: X	
	- Beneficiario o afiliado adicional:			C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	B. Colectivo:			D. Afiliado adicional:		
	C. Institucional:					
	D. De oficio:					

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: TORO	Segundo Apellido: RESTREPO	Primer Nombre: SIRLEY	Segundo Nombre: PAOLA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1040038289	Femenino: X Masculino:	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

14. Lugar de nacimiento		15. Fecha de nacimiento
País	Departamento / Municipio	26 D 08 M 1990 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI: NO: X		SI: NO:	Nivel: Grupo:	20

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
NINGUNA		$1.750.905	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Departamento / Municipio / Distrito / Localidad / Comuna	Cabezera Municipal: Rural Disperso: Centro Poblado: Resto Rural: Zona		

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	32. Nacionalidad
		Femenino: Masculino:	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

33. Lugar de nacimiento		34. Fecha de nacimiento
País	Departamento / Municipio	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
				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual	País / Departamento / Municipio	D D M M A A A A
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Famisanar Ltda. RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
Eliana Rondan
Cel. 321 283 9310

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN (SI / NO)	48. Clasificación SISBÉN (NIVEL / GRUPO)	49. Discapacidad (SI / NO / CATEGORIA DISCAPACIDAD)	50. Incapacidad permanente
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORO RESTREPO SIRLEY PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.040.038.289** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de septiembre de 2009 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 05 de mayo 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**

Medellín, 06 de mayo de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que SIRLEY PAOLA TORO RESTREPO identificado(a) con C1040038289 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10400382892612650919

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18