

Medellín, 13 de February de 2026

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 CONSORCIO FG DAGRD.

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 ACTIVIDAD PRINCIPAL			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1000566103	CARDONA URREGO JUAN JOSE	16/02/2026		16022324	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 13/02/2026 08:22:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.249.220.66, 192.230.104.15, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.566.103
CARDONA URREGO
APELLIDOS
JUAN JOSE
NOMBRES

Juan Jose Cardona
Firma



FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-2001
BELLO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O-
G.S. RH
M
SEXO
27-SEP-2019 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JOHN CARLOS SALMÓN VACHA



P-0705100-01 107056 54-100 0008597300A 1 03312019

Cia 310 # 90 B12

3011975888

Salud Salud
Protección

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Savia Salud EPS

Formulario No. 2865939355418

Fecha de radicación 16/02/2026

EPS040

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia ☒ -Beneficiario o afiliado adicional ☐ B.Colectiva ☐ C.Institucional ☐ D.De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☒
Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código	
A.Cotizante ☒ B.Cabeza de familia ☐ C.Beneficiario ☐	A.Dependiente ☒ B.Independiente ☐ C.Pensionado ☐	registrar por la EPS <input type="text" value="1"/>	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
CARDONA	URREGO	JUAN	JOSE	
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación	
CC	1000566103	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál:	
Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	ANTIOQUIA	MEDELLÍN	12/09/2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoría de discapacidad
06 - Otros		SI ☐ NO ☒	No aplica
Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI ☐ NO ☒	No aplica		
Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-28: ARL Sura	230201: Protección	\$ 1.750.905	
Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
KR 31 41 03	6042335108	3011975888	miriamaph17@gmail.com
Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
ANTIOQUIA	MEDELLÍN		Cab Municipal ☒ Centro poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD -	Sede: 01

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones		
CONSORCIO FG DAGRD	NI902015423			
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 62 23 61	6068885768	miriamaph17@hotmail.com	MANIZALES	CALDAS

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Savia Salud EPS

Formulario No. 2865939355418

Fecha de radicación 16/02/2026

EPS040

☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 3. Actualización del documento de identificación	☒ 14. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/>	☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero	☐ B. Diferente Régimen
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 17. Reporte de trámite de protección al cesante.
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.	☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
	☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación
Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones		
	16/02/2026					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☒	Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
☒	Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
☒	Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
☒	Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
☒	Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
☒	Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
☒	Autorización para que la EPS maneje 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
☒	Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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		Número de documento de identidad	

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario



El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Savia Salud EPS

Formulario No. 2865939355418

Fecha de radicación 16/02/2026

EPS040

☒ 56. Anexo copia de documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
Cantidad:				1					Total
									1

☐ Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
☐ 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 unión marital
☐ Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
☐ Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio
☐ Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
☐ Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
☐ 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación
Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario		
Tipo de documento de identificación		Número de identificación				

Observaciones:
Observaciones:
Empresa: CONSORCIO FG DAGRD, Asesor: CONSORCIO FG DAGRD, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico: miriamaph17@hotmail.com
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Savia Salud EPS e ingresando el código: 33F1D2FE-2C44-4ACC-9
Url: https://contributivo.saviasaludeps.com/Publico/BoxaludPublico/Pages/CQR.aspx

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CARDONA URREGO JUAN JOSE** identificado(a) con **CC** número **1.000.566.103** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 06 de diciembre de 2019 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 13 de febrero 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://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de
Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1000566103
NOMBRES	JUAN JOSE
APELLIDOS	CARDONA URREGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	MEDELLIN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. "SAVIA SALUD EPS"	SUBSIDIADO	28/05/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:02/12/2026 17:41:09

Estación de origen:2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual

Registro de afiliación individual

CONSORCIO FG DAGRD | NIT 9020154231 | Envío exitoso No. 3587977

La solicitud de afiliación de tu grupo familiar se ha enviado exitosamente con el número de **radicado 3587977**.
Recuerda que este es el primer paso; en máximo **24 horas** recibirás a tu correo electrónico el estado final de la afiliación.

Datos del trabajador

Información general

Documento: CC 1000566103 Nombre: JUAN JOSE CARDONA URREGO Fecha de nacimiento: 12/09/2001 Género: Masculino Estado civil: Soltero/a

Residencia y contacto

Departamento: Antioquia Municipio: Medellín Dirección: CR 31C # 90B - 12 Teléfono celular: 3011985888 Correo electrónico: miriamaph17@hotmail.com

Datos laborales

Tipo de contrato: Fijo Tipo de salario: Fijo Salario: \$1,750,900 Horas contratadas al día: 8 Horas contratadas al mes: 220 Fecha de ingreso a la empresa: 16/02/2026



Archivos adjuntos

 Trabajador: JUAN JOSE CARDONA URREGO

Tipo de documento	Archivo	Tamaño
-------------------	---------	--------

Cédula de Ciudadanía	☒ El documento soporte se encuentra en nuestra base de datos.	
----------------------	---	--