EMSSANAR S.A.S.

NIT 901021565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) HERNAN ADOLFO AGREDO SEMANATE identificado(a) con CC 10546081, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de EMSSANAR S.A.S. por HERNAN ADOLFO AGREDO SEMANATE CC 10546081 en calidad de Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
01/sept./2026	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
01/sept./2026	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 26 días del mes de ago. de 2026.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de EMSSANAR S.A.S., cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000930942 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

emssanar EPS	CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS	VERSIÓN 1	EDICIÓN Mayo de 2016
		CODIGO FEPS-GCO-02	Hoja 1 de 1

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNAS BREVES PREGUNTAS PARA CERTIFICAR LA INFORMACION PROPORCIONADA POR EMSSANAR S.A.S. EN EL MOMENTO DE SU AFILIACION, FAVOR MARCAR CON UNA "X" EN SI o NO, SEGÚN SEA EL CASO:

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de La Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

CC10546081 HERNAN ADOLFO AGREDO SEMANATE

En constancia se firma a los 26 del mes de ago. de 2026

Nombre y documento de identidad del afiliado que certifica:

CC10546081 HERNAN ADOLFO AGREDO SEMANATE

Hernan A. Agredo S
FIRMA AFILIADO x 10546081 FOP

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento y suscripción de este formato se efectuará por la persona a quien el ruegue, lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de su huella.

FIRMA A RUEGO

Nombres y apellidos: _____

Documento de identidad: _____ Edad: _____

Domicilio (Dirección y ciudad): _____

HUELLA AFILIADO

26 AGO 25

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de EMSSANAR S.A.S.
Formulario No. 10335166355418
Fecha de radicación 26/08/2026

ESSC18

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación		Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual	-Cotizante o Cabeza de familia [X]	A.Contributivo [X]	SI [ ]
		-Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B.Subsidiado [ ]	NO [X]
	B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]			

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [ ] B.Independiente [X] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS 59

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
AGREDO	SEMANATE	HERNAN	ADOLFO
Tipo de documento de identidad	**Número de documento de identidad**	**Sexo Biológico**	**Sexo identificación**
CC	10546081	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:
Nacionalidad	**País de nacimiento**	**Departamento de nacimiento**	**Municipio de nacimiento** / **Fecha de nacimiento**
COL	COLOMBIA	CAUCA	POPAYÁN / 14/03/1964

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

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoría de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	Ninguna
Tiene encuesta SISBEN	**Nivel SISBEN**	**Grupo SISBEN**	**Grupo de población especial**
SI [X] NO [ ]	Nivel I	801	05 - Población Sisbenizada
Administradora de Riesgos Laborales	**Administradora de Pensiones**	**Ingreso base de cotización IBC**	**Tarifa contribución solidaria**
14-23: Positiva Compania De Seguros S.A.	230201: Protección	$ 1.750.905	
Dirección Residencia	**Teléfono fijo** / **Celular**	**Correo electrónico cotizante**	
CL 13 3 31	3207568192	agredohernan94@gmail.com	
Departamento	**Municipio/Distrito**	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CAUCA	POPAYÁN	3 - ZONA URBANA	Cab Municipal [X] 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	BIOS IPS MEDICAL CENTER SAS - POPAYAN (CAUCA) - KR 11 CL 9 N - 39	020210823000001 Sede: 1

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
HERNAN ADOLFO AGREDO SEMANATE	CC10546081	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CL 13 3 31		agredohernan94@gmail.com	POPAYÁN	CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

26 AGO 2026

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de EMSSANAR S.A.S.
Formulario No. 10335166355418
Fecha de radicación 26/08/2026

ESSC18

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [X] 14. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16 Reporte de fallecimiento del cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte de trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 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
	01/09/2026			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] 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
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie 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		**Numero de documento de identidad**	

IX. FIRMAS

HERNAN AGREDO

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

CC 10546081

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

X. ANEXOS

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AGREDO SEMANATE HERNAN ADOLFO** identificado(a) con **CC** número **10.546.081** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2015 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 CONSERVADOR

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 19 de agosto 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**