



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Jose Yesid Portela Tapiero identificado con CC. 93374411 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	ANGGIE PORTELA RODRIGUEZ	Tipo y Numero de Documento	CC - 1110564151

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/02/21	Tipo de Vinculación	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	Fecha Retiro	No registra
Clase de Riesgo	4	Código Actividad Económica	4492102

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de febrero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC20022026N93374411A10169724**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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: PORTELA Segundo Apellido: TAPIERO Primer Nombre: JOSE Segundo Nombre: YESID	9. Tipo de documento de identidad: CC	10. Número del documento de identidad: 93374411	11. Sexo biológico: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	13. Nacionalidad
14. Lugar de nacimiento: País, Departamento, Municipio	15. Fecha de nacimiento: 05 D 06 M A 1967 A A				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	19. Tiene encuesta SISBÉN: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBÉN: Nivel, Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC: \$1.750.905	25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia: Dirección, Teléfono fijo, Teléfono celular, Correo electrónico		26. Residencia: Departamento, Municipio / Distrito, Localidad / Comuna, Zona (Cabeza Municipal, Rural Disperso, Centro Poblado, Resto Rural)			

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: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País, Departamento, Municipio		34. Fecha de nacimiento: 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		36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico: Femenino, Masculino		40. Sexo identificación: F, M, T, NB, Otro, Cual		41. Lugar de nacimiento: País, Departamento, Municipio		42. Fecha de nacimiento	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabeza 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								

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social ANGGIE PORTELA	56. Tipo de documento de identificación CC	57. Número del documento de identificación 1110564151	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación CL 140 MZ D CA 8 BRR OVIEDO	31148967 <small>teléfono</small>	IBAGUE <small>Correo electrónico</small>	TOLIMA <small>Municipio / Distrito</small> <small>Departamento</small>

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación 2. Corrección de datos básicos de identificación 3. Actualización del documento de identidad

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 Código

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales 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 14. Movilidad 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 del 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 ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación		62. Sexo biológico		63. Sexo identificación		64. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A		
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad D 16 M 02 A 2026	67. Motivo de traslado Código <input type="text"/>		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
<input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	<input type="checkbox"/> 75. 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.
<input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	<input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
<input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	<input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
<input type="checkbox"/> 73. 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.	<input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. 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

Apellidos y nombres		Primer Nombre	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional  81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio **Anggie Portela Rodriguez**

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad: CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL ANEXOS

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

84. Copia del registro 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 2.1.7.3 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 la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	93. Nombre de la institución
--	------------------------------

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres		95. Firma del funcionario	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad		
96. Fecha de radicación D D M M A A A A	97. Fecha de validación D D M M A A A A	OBSERVACIONES: CARGO: CONDUCTOR DE CAMION	

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

**CERTIFICADO AFILIACIÓN TRABAJADOR O TRANSACCION VIRTUAL
LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL TOLIMA
COMFENALCO TOLIMA**



Una Nota en Calidad de Vida

CERTIFICA

Tipo Doc Aportante: CC **Número Documento Aportante:** 1110564151
Razón Social: ANGGIE PORTELA RODRIGUEZ
Tipo Doc Trabajador: CC **Número Documento Trabajador:** 93374411
Nombre Completo Trabajador: JOSE YESID PORTELA TAPIERO
Fecha de Ingreso: 16/02/2026 **Salario:** \$ 1.750.905
Clasificación: AFILIACION TRABAJADORES WEB
Fecha Radicado: 23/02/2026
Número Radicado: 22646652

Se expide para ATENDER SOLICITUD DEL INTERESADO(A). Válido por treinta (30) días a partir de la fecha de expedición.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí suministrada es verídica y ha sido revisada, autorizo a COMFENALCO TOLIMA para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por Ley, de la misma manera, autorizo que se realicen los cruces y validaciones correspondientes con otras Cajas, así como en bases de datos nacionales para verificación de la información y pago de subsidio a que haya lugar.

Como trabajador me comprometo a dar cumplimiento al artículo 37 de la ley 21 de 1982 en lo que respecta a reportar a Comfenalco Tolima cualquier hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio monetario.

Robert Alexander Danna Buitrago
Jefe Departamento Administracion De Aportes Y Subsid

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PORTELA TAPIERO JOSE YESID** identificado(a) con **CC** número **93.374.411** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de noviembre de 1996 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 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 01 de marzo 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/>