



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Jairo Casabianca Salazar identificado con CC. 86043869 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: **CC20022026N86043869A10169721**. 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) | defensordelcliente@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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion
4016400612

Fecha de Radicación
2|5|0|2|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite		2. Tipo afiliación		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>		3. Regimen		4. Contribución Solidaria	
A. Afiliación <input type="checkbox"/>		B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/>		C. Institucional <input type="checkbox"/>		D. De oficio <input type="checkbox"/>	
5. Tipo de afiliado		6. Tipo de cotizante		A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>		B. Independiente <input type="checkbox"/>		C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>		B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		7. Código (a registrar por la EPS)	
								1	

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

8. Apellidos y nombres		9. Tipo documento de Identidad		10. Número del documento de Identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación	
CASABIANCA Primer apellido		SALAZAR Segundo apellido		JAIRO Primer nombre		Segundo nombre			
[CC]		86043869		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual			
13. Nacionalidad		14. Lugar Nacimiento		15. Fecha Nacimiento					
COLOMBIA		Pais: COLOMBIA Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE		0 2 0 5 1 9 7 4					

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		19. Tiene encuesta SISBEN	
6				Categoría Discapacidad				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
20. Clasificación SISBEN		21. Grupo población especial		22. Administradora de riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC	
Nivel [] Grupo []				POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS				1750905	
25. Tarifa Contribución Solidaria		26. Residencia		27. Dirección		28. Telefono fijo		29. Telefono celular	
		CR 6 34 38 TOLIMA		IBAGUE		3024809300		CASABIANCAJAIRO21@GMAIL.COM	
		Departamento		Municipio/Distrito		Localidad / comuna		31. Correo electrónico	
				170		zona		Urbana cabecera municipal <input type="checkbox"/> Rural dispersa <input type="checkbox"/>	
								Urbana centro poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

27. Apellidos y nombres		28. Tipo documento de identidad		29. Número documento identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
[]		[]		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual			
32. Nacionalidad		33. Lugar Nacimiento		34. Fecha Nacimiento					
		Pais: Departamento: Municipio:							

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres		36. Tipo documento de identidad		37. Número de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo Biológico		40. Sexo Identificación		41. Lugar Nacimiento		42. Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Femenino/Masculino		F M T NB otro cual		Pais Departamento Municipio			
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo poblacional especial		47. Encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad Permanente	
B1								Si No		Nivel Grupo		Si No		Categoría	
B2															
B3															
B4															
B5															
51. Datos de residencia		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)									
Departamento		Municipio/Distrito		Cabeecera municipal Centro poblado Rural dispersa Resto rural		Teléfono Fijo y/o celular									
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															
Dirección		Localidad/Comuna		Correo Electrónico											
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C VS CADIZ - VS COMPLEJO MEDICO LA FLORIDA ODONTO		VSCADIZ - VSLAFLORID	
B			
B			
B			

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social		56. Tipo de identificación		57. Numero de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
ANGGIE PORTELA RODRIGUEZ		[CC]		1110564151			
59. Ubicación		311489676		ASESORIAS.CONTABLE1@HOTMAIL.COM		TOLIMA IBAGUE	
CL 140 MA D CA 8		Teléfono fijo o celular		Correo electrónico		Departamento Municipio/distrito	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y/o corrección 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 del pensionado
20. Ingreso a contribución solidaria
21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		63. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>		64. Fecha de nacimiento	
65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad 1 7 0 2 2 0 2 6	67. Motivo de traslado Código: <input type="checkbox"/>		68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
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.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
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 Decr eto 1377 de 2013
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según 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 apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad						

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

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

X. ANEXOS

82. Anexo Copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PT
Cantidad: Total:
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
87. Copia orden judicial o 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 padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
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 consiste 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		Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

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

94. Apellidos y Nombres Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad			95. Firma del funcionario			
<input type="text"/>	<input type="text"/>						
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación						
<input type="text"/>	<input type="text"/>						

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASABIANCA SALAZAR JAIRO** identificado(a) con **CC** número **86.043.869** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 22 de febrero de 2006 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 MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 27 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/>

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



CERTIFICA

Tipo Doc Aportante: CC **Número Documento Aportante:** 1110564151
Razón Social: ANGGIE PORTELA RODRIGUEZ
Tipo Doc Trabajador: CC **Número Documento Trabajador:** 86043869
Nombre Completo Trabajador: JAIRO CASABIANCA SALAZAR
Fecha de Ingreso: 16/02/2026 **Salario:** \$ 1.750.905
Clasificación: AFILIACION TRABAJADORES WEB
Fecha Radicado: 23/02/2026
Número Radicado: 22646661

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