compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación:

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 18/12/2025

B 18 DIC 2025 Cód. 648 Flor Angela Ochoa Mesa SUJETO A VERIFICACIÓN

Sello asesor

I. 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: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	Si [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	01
B. Reporte de Novedades [✔]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ]			C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	C. Institucional [ ]			D. Afiliado adicional [ ]		
	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: VARGAS	Segundo Apellido: VILLAMIL	Primer Nombre: LUIS	Segundo Nombre: ROBERTO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	79379547	Femenino [ ] Masculino [✔]	F [ ] M [✔] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
	País	Departamento	Municipio	
COLOMBIANO	COLOMBIA	BOGOTÁ	BOGOTÁ	19/12/1965

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]		POSITIVA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
COLPENSIONES	1423500		Carrera 78 h bis # 52 -17

Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Departamento
na	3106080383	robertovillamil75@gmail.com	BOGOTA

Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona					
BOGOTÁ	ENGATIVA	Cabecera Municipal	[✔]	Centro Poblado	[ ]	Rural Disperso	[ ] 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 de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
	País	Departamento	Municipio	

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. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V002

FOR-EPSVTA-0002

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C			1016
B1	C		
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	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación
JJLEONMADERAS SAS	NIT	901118306 - 5

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	59. Ubicación	
	Dirección: CLL 36 SUR # 72 M - 40	Teléfono fijo o Celular:

Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito
3143042697	jjleonmaderas@gmail.com	BOGOTÁ	BOGOTÁ

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 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. Código
- [ ] 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.
- [ ] 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			
Primer Apellido: VARGAS	Segundo Apellido: VILLAMIL	Primer Nombre: LUIS	Segundo Nombre: ROBERTO

Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico		63. Sexo identificación					
CC	79379547	Femenino	Masculino ✔	F	M ✔	T	NB	Otro	Cuál?

64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
19/12/1965		18/12/2025	Cod.	CAFAM

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] **69.** Declaraciones 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 los 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 Servicios 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 o 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 Decreto 1377 de 2013.
- [✔] **76.** Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes 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 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 Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de 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

X. ANEXOS

- [ ] **82.** Anexo copia del documento de identidad — CN RC TI CC PA CE CD SC PT
  Cantidad de documentos de identidad 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 arcticulo 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.

Total Anexos

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

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 de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)
	18/12/2025

OBSERVACIONES: Aporte a ene 2026 dyd

18 DIC 2025
Cód. 648 Flor Angela Ochoa Mesa
SUJETO A VERIFICACIÓN

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

Vigilado Supersalud
PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
Vigilado Supersubsidio

CUESTIONARIO 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

compensar | salud eps

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

SI: ✔ Correo electrónico: robertovillamil75@gmail.com NO: Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: Juan Roberto Vargas

No. Identificación: 79379547

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección _____

de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____



AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A – 47, ventanilla de correspondencia.

Si ✔ No

Firma del afiliado: Juan Roberto Vargas

No. Identificación: 79379547

Vigilado Supersalud
PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0166 PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 4271
Vigilado Supersubsidio

INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR

RADICADO

Número de Trámite
2500715955

Fecha
18/12/2025 11:39:58

DATOS EMPRESA

Tipo de Identificación *
NIT

Número de Identificación *
901118306

Dígito de Verificación *
5

Razón Social *
JJLEONMADERAS SAS

Sucursal

DATOS TRABAJADOR

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
79379547

Primer Apellido *
VARGAS

Segundo Apellido
VILLAMIL

Primer Nombre *
LUIS

Segundo Nombre
ROBERTO

Nacionalidad *
COLOMBIANA

Fecha Inicio de Contrato *
18/12/2025

Total Horas Mes *
235

Tipo de Salario *
Básico - FIJO

Salario Básico *
1423500

Comisiones
0

Total Sueldo Mes *
1423500

Departamento Sede de Trabajo *
Bogotá D.C.

Ciudad Sede de Trabajo *
BOGOTA

Trabaja en el Sector Agropecuario *

○ SI ◉ NO

Trabaja en Otra Empresa *

○ SI ◉ NO

Trabajador es Veterano de la Fuerza Pública *

○ SI ◉ NO

PERSONA(S) A CARGO

Con el fin de proteger la información, ya no se muestra el grupo familiar en el formulario de reactivación. El proceso se ejecutará con el ***último grupo familiar registrado en nuestra base de datos****.*

Declaro que la información que he consignado en el presente formulario es veraz y autorizo a la Caja de Compensación Familiar CAFAM a realizar las verificaciones correspondientes en cualquier momento y a descontar de mi subsidio familiar en dinero, los valores que me hayan entregado sin cumplir con lo estipulado en la Ley 21 de 1.982 Arts., 18,20,22,23 y/o no haber reportado las novedades de conformidad con lo señalado en el Art 37 de la misma Ley.

En mi calidad de contacto administrativo, declaro bajo la gravedad de juramento que cuento con la autorización previa, expresa e informada de los trabajadores que represento para suministrar, actualizar, tratar y/o modificar la información personal requerida en los procesos relacionados con la Cajas de Compensación Familiar Cafam. Dicha autorización se encuentra documentada y conservada por la empresa para efectos de verificación.
Manifiesto que se me ha facultado expresamente para realizar estas gestiones en nombre del trabajador y que la información proporcionada es veraz, completa y actualizada, cumpliendo lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 21 de 1982, que establece la obligación de los trabajadores beneficiarios de informar directamente o por conducto del empleador sobre los nacimientos, fallecimientos, término de convivencia u otras novedades que afecten la cuantía del subsidio.
Recordando que la omisión o falsedad en el reporte de esta información puede generar consecuencias legales en los términos del artículo 403A del Código Penal, que sanciona el acceso indebido a subsidios o ayudas estatales mediante engaño o información falsa.
Igualmente, declaro que el tratamiento de los datos personales de los trabajadores se realiza conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, garantizando:
• La confidencialidad y seguridad de la información.
• Que los datos serán utilizados exclusivamente para los fines propios de la gestión de afiliaciones, actualizaciones y trámites del Subsidio Familiar.
• Que los titulares conocen sus derechos de acceso, actualización, rectificación y supresión de la información.

Confirmo cuento con la autorización para gestionar las novedades de los trabajadores *

SI

Autorizo el manejo de los datos personales y envío de notificaciones del trámite mediante medios electrónicos *

SI

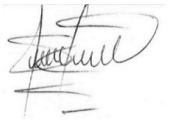
POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS ROBERTO VARGAS VILLAMIL** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79379547,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LUIS ROBERTO VARGAS VILLAMIL identificado con CC. 79379547 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	JJLEONMADERAS SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901118306

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2025/12/19	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activo	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5163001

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de diciembre del 2025.

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: **CC18122025L79379547V1561526.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS