

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 78.017.597

MACEA ESCOBAR

APELLIDOS

ANGEL RAFAEL

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1956

CERETE
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

22-DIC-1977 CERETE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1301000-00160324-M-0078017597-20090626 0012847099A 2 7640011223

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/10/2024, el empleador OROSACEVEDOJOSE LUIS identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1026275607 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7725881	01/10/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	78017597	ANGELRAFAEL MACEA ESCOBAR	1300000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2024-10-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Octubre del año 2024.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGEL RAFAEL MACEA ESCOBAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **78017597,** se encuentra afiliado/a desde **10/01/1992** 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 01 de octubre de 2024.



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

Medellín, 01 de October de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 OROS ACEVEDO JOSE LUIS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ARAUCA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C78017597	MACEA ESCOBAR ANGEL RAFAEL	02/10/2024		23915781	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 01/10/2024 11:12:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.84.89.229, 198.143.41.25, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Familiarmente nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso
☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: AÑO MM DD

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ — 78.017.597
Lugar y fecha de expedición: 22/12/1977 CERETE
Sexo: M [X] F ☐
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: MACEA
Segundo apellido: ESCOBAR
Nombres: ANGEL RAFAEL
Fecha de Nacimiento: 1956 AÑO 01 MM 27 DD
Teléfono: 3148547256
Dirección Residencia: CLL 34 N 9 16
BARRIO:
Correo Electrónico:
ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ■ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)
CUIDAD: YOPAL
Fecha de Ingreso a la empresa: 2024 AÑO 10 MM 01 DD
Horas labor mes:
CARGO: OBRERO
SUELDO BÁSICO: 1.300.000
Tipo de contrato: INDEFINDO
Administrar Recursos Públicos: SI ☐ NO ☐
Servidor Público: SI ☐ NO ☐
Nivel Escolaridad: SECUNDARIA
Profesión:
Presenta Discapacidad alguna: SI ☐ NO ☐
Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ. | SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: ☐ No tiene ☐ Propia ■ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ■ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

☐ Desplazado	☐ Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)	☐ Desmovilizado o reinsertado	☐ Damnificado desastre natural
☐ Cabeza de familia	☐ Hijo(a) de madres cabezas de familia	☐ En condición de discapacidad	☐ Población zonas frontera (Nacionales)
☐ Población migrante	☐ Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado	☐ Ejercicio del trabajo sexual	■ No aplica

Pertenencia étnica

☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indigena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ■ No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: JOSE LUIS OROS ACEVEDO
Teléfono: 3212145252
NIT, C.C. o C.E.: 1026275607-6
Dependencia: CLL 26B N 17 04

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición:
Nombres:
Fecha de Nacimiento: AÑO MM DD
Recibe subsidio: SI ___ NO ___
Retiro:
Tipo y número de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐
DOCUMENTO PENDIENTE:
EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA:
CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A):
SUELDO BÁSICO:
En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo ANGEL RAFAEL MACEA ESCOBAR, Identificado con cédula de ciudadanía No. 78017597 expedida en CERETE, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Angel Macea
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Angel Macea
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Jose Oros
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare
Comfacasanare
Jefatura de Aportes y Pagos

01 OCT 2024

RECIBIDO DE AFILIACIONES

La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO SuperSubsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.