REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 78.017.716
ESCOBAR RAMOS
APELLIDOS
JUAN FRANCISCO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-NOV-1959
CIENAGA DE ORO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-DIC-1977 CERETE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1301000-00130702-M-0078017716-20081123 0006715591A 1 7640009404

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 %	
C78017716	ESCOBAR RAMOS JUAN FRANCISCO	02/10/2024		Z18150qv	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 10:26:20 .
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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

CLICK PARA REINICIAR TODO

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario — Versión 1.0 del 06 de diciembre 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]
CÓDIGO: 0624 — FECHA DE LA SOLICITUD: 01 10 2024

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: escobar — SEGUNDO APELLIDO: ramos — PRIMER NOMBRE: juan. — SEGUNDO NOMBRE: francisco.
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Cedula. — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 78017716 — 9. SEXO BIOLÓGICO: F [X]
SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [X] T [ ] NB [ ] — 10. FECHA NACIMIENTO: 07 11 1959 — PAÍS DE NACIMIENTO: colombia — 11. NACIONALIDAD: colombiano.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA — 13. COMUNIDAD INDÍGENA — 14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD — 15. CLASIFICACIÓN DEL SISBEN — NIVEL — GRUPO — 16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 17. ARL: Positiva — 18. AFP: porvenir
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: Comfacesar — TIPO DE NOMENCLATURA: URBANA [ ] RURAL [ ] — 20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 34 # 9-16. — COMPLEMENTO DIRECCIÓN
LOCALIDAD / COMUNA: 4 — BARRIO — CIUDAD / MUNICIPIO: 4004 — DEPARTAMENTO: Cesar. — ZONA — TELÉFONO MÓVIL: 3118720881.
TELÉFONO FIJO: 6345169. — Ext. — CORREO ELECTRÓNICO: juancobar3909gmail.com. — IPS: 6996. — IPS ODONTOLÓGICA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 24. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ] — SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ]
IPS — IPS ODONTOLÓGICA — 25. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO — PAÍS DE NACIMIENTO — 26. NACIONALIDAD

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD INDÍGENA	31. SEXO F M	32. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1											
2											
3											
4											
5											

	36. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	SISBÉN NIVEL	SISBÉN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1											
2											
3											
4											
5											

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

39. Nombre o Razón Social: Jorge luis Dido Acevedo — 40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — 41. Número documento de identidad: 1026275607 — DV — 42. Tipo de aportante o pagador de pensiones: dependiente.
TIPO DE NOMENCLATURA: URBANA [ ] RURAL [ ] — 43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Calle 26b #10 17-04. — COMPLEMENTO DIRECCIÓN — 44. CIUDAD / MUNICIPIO: 4004 — DEPARTAMENTO: cesar.
CORREO ELECTRÓNICO: jordido1990@hotmail.com. — TELÉFONO MÓVIL: 3012445252 — TELÉFONO FIJO — EXT. — FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 01 10 2024 — CARGO: doco — OCUPACIÓN: empleado — SALARIO: 1300000.

VI. REPORTE DE NOVEDADES

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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACION DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
46. FECHA (a partir de) DÍA MES AÑO — 47. EPS ANTERIOR Código — 48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO — 49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____
desde el día _____ del mes _____ del año _____

50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
52. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
53. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
54. 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. [ ]
55. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
56. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [ ]
57. Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
58. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
59. Aceptación de la actualización del grupo familiar en Contribución Solidaria. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

60. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 24. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ] — FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique: Juan escobar
62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio: Jorge

X. ANEXOS

63. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] AS [ ] PT [ ] — Cantidad: — Total: 0
64. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
65. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
66. 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. [ ]
67. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
68. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
69. 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. [ ]
70. 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 [ ]
71. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
72. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

01 OCT 2024
Total Anexos: 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

73. Identificación de la Entidad Territorial — Código del Municipio — Código del departamento — 74. Datos del SISBÉN — SI — NO — Clasificación — 75. Pertenece a Grupo de población especial artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016 — SI — NO — CÓDIGO

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

76. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: NOMBRE: LRB AGENTES
Primer apellido — Segundo apellido — Primer nombre — CLAVE ASESOR: C1621
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — Número del documento de identidad — 77. Firma del funcionario
78. Fecha de radicación DÍA MES AÑO — 79. Fecha De Validación DÍA MES AÑO — REGIONAL: LLANOS

OBSERVACIONES:
Solicitud de traslado para Cabecera de municipio

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

DISEÑO POR SUMMAS SAS NIT. 830031358-1 OCT. 2022

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN FRANCISCO ESCOBAR RAMOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **78.017.716**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

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. ☑ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ — 78.017.716
Lugar y fecha de expedición: 22/12/1977 CERETE
Sexo: M X F ☐
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: ESCOBAR
Segundo apellido: RAMOS
Nombres: JUAN FRANCISCO
Fecha de Nacimiento: 1959 AÑO 11 MM 05 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	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL	2024 AÑO 10 MM 01 DD		OBRERO	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 ☐ Victima 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	Teléfono
JOSE LUIS OROS ACEVEDO	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 JUAN FRANCISCO ESCOBAR RAMOS, Identificado con cédula de ciudadanía No. 78017716 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.

Juan Escobar
Firma

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

Juan Escobar
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Jose Oros
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

Familiarmente nuestra 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 verificacion

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.