SOPORTE DE AFILIACIONES PERSONAL DE INTERVENTORÍA

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Yo, **CONSORCIO INTER - HATO 2024**, identificado (a) con **NI 901899595** en calidad de **EMPLEADOR AUTORIZO** a **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, para recibir notificación electrónica de todos los documentos expedidos en virtud de la relación jurídica en calidad de ARL. Lo anterior conforme a lo establecido en el artículo 67 de la Ley 1437 de 2011, articulo 8 de la Ley 2213 de 2023 y demás normas concordantes a través del correo existente en nuestros registros.

Declaro que autorizo a **POSITIVA COMPAÑÍA SEGUROS S.A.**, para el tratamiento y manejo de mis datos personales y de mi representada, con el fin de facilitar el trámite de notificación electrónica, que conozco los derechos que me asisten como titular y de la identificación, dirección y teléfono del responsable de tratamiento de mis datos, de conformidad con las leyes 1581 de 2012, 1712 de 2014, 1437 de 2011, 1918 de 2018, Decreto 753 de 2019 y demás normas aplicables.

26 de enero de 2025

CONSORCIO INTER - HATO 2024
AUDENAR FLOREZ SANABRIA
C 74849596

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 autorregulación.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, el empleador **CONSORCIO INTER - HATO 2024** identificado con **NI** No. **901899595**, registra afiliación desde **23/01/2025** y su actividad económica principal es **ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA: DISENO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCION, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISENO DE INGENIERIA CONSULTORIA RELATIVAS A: MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACION HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA SIN PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (SIN INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS)** con código de actividad No **1711001** y clase de riesgo **1** estado **ACTIVO** .

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Generado por ProcesosAvatarWeb (SYC), 22/01/2025 05:53:21 a.m., CA:1450854, CR:8121197

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DEL EMPLEADOR AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES -SGRL

Sticker

No. de Radicación del trámite	Fecha de radicación	Fecha inicio de afiliación	Fecha de fin de afiliación
1450854	22/01/2025	23/01/2025	

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite	2. Naturaleza jurídica del empleador	Código	3. Tipo de aportante	Código
[X] A. Afiliación [ ] B. Traslado [ ] C. Terminación de la afiliación	PRIVADA	2	EMPLEADOR	1

II. DATOS BÁSICOS DEL EMPLEADOR

1. Apellidos y nombres o razón social del empleador	2. Tipo de doc	3. No. de documento o NIT	Consecutivo NIT Decentralizado
CONSORCIO INTER - HATO 2024	NI	901899595	

4. Apellidos y nombres del representante legal			5. Tipo de doc	6. No. de documento o NIT	7. Correo electrónico
FLOREZ	SANABRIA	AUDENAR	CC	74849596	DORELYEPSHUMANA@HOTMA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

1. Datos sede principal

Código	Nombre de la sede principal
1	PRINCIPAL

Dirección de la sede principal	Municipio/Distrito	Departamento
KR 27 14 56	YOPAL	CASANARE

Localidad/Comuna	Zona	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico
	U	3115203182	

2. Apellidos y nombres del responsable de la sede principal			3. Tipo de doc	4. No. de documento o NIT	5. Correo electrónico
FLOREZ	SANABRIA	AUDENAR	CC	74849596	DORELYEPSHUMANA@HOTMA

A. AFILIACIÓN

1. Nombre de actividad económica principal	Código	2. Clase de riesgo
ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES C	1711001	1

IV. SEDES Y CENTROS DE TRABAJO

1. Número de sedes	2. Número de centros de trabajo	3. Número inicial de trabajadores	4. Valor total de la nómina
1	1	9	

B. TRASLADO

1. ARL de la cual se traslada	2. Número total de trabajadores o estudiantes en práctica formativa	3. Monto total de la cotización

4. Información sedes y centros de trabajo a trasladar

Código sede	Nombre de la sede	Departamento	Código	Municipio	Código	Zona
1	PRINCIPAL	CASANARE	85	YOPAL	001	U

Dirección	Teléfono	Correo electrónico sede
KR 27 14 56	3115203182	

Responsable de la sede			Tipo de doc	No. de documento o NIT	Correo electrónico responsable de la sede
FLOREZ	SANABRIA	AUDENAR	CC	74849596	DORELYEPSHUMANA@HOTMA

Código centro de trabajo	Código actividad económica	Nombre actividad económica	No. total de trabajadores y estudiantes en práctica	Clase de riesgo	Monto de la cotización
1	1711001	ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGE	9	1	

Departamento	Código	Municipio	Código	Zona
CASANARE	85	YOPAL	001	U

Responsable del centro			Tipo de doc	No. de documento o NIT	Correo electrónico responsable del centro
FLOREZ	SANABRIA	AUDENAR	CC	74849596	DORELYEPSHUMANA@HOTMA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DEL EMPLEADOR AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES -SGRL

No. de Radicación del trámite	Fecha de radicación	Fecha inicio de afiliación	Fecha de fin de afiliación
1450854	22/01/2025	23/01/2025	

Código sede	Nombre de la sede	Departamento	Código	Municipio	Código	Zona

Dirección	Teléfono	Correo electrónico sede

Responsable de la sede	Tipo de doc	No. de documento o NIT	Correo electrónico responsable de la sede

Código centro de trabajo	Código actividad económica	Nombre actividad económica	No. total de trabajadores y estudiantes en práctica	Clase de riesgo	Monto de la cotización

Departamento	Código	Municipio	Código	Zona

Responsable del centro	Tipo de doc	No. de documento o NIT	Correo electrónico responsable del centro

Código sede	Nombre de la sede	Departamento	Código	Municipio	Código	Zona

Dirección	Teléfono	Correo electrónico sede

Responsable de la sede	Tipo de doc	No. de documento o NIT	Correo electrónico responsable de la sede

Código centro de trabajo	Código actividad económica	Nombre actividad económica	No. total de trabajadores y estudiantes en práctica	Clase de riesgo	Monto de la cotización

Departamento	Código	Municipio	Código	Zona

Responsable del centro	Tipo de doc	No. de documento o NIT	Correo electrónico responsable del centro

Código sede	Nombre de la sede	Departamento	Código	Municipio	Código	Zona

Dirección	Teléfono	Correo electrónico sede

Responsable de la sede	Tipo de doc	No. de documento o NIT	Correo electrónico responsable de la sede

Código centro de trabajo	Código actividad económica	Nombre actividad económica	No. total de trabajadores y estudiantes en práctica	Clase de riesgo	Monto de la cotización

Departamento	Código	Municipio	Código	Zona

Responsable del centro	Tipo de doc	No. de documento o NIT	Correo electrónico responsable del centro

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DEL EMPLEADOR AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES -SGRL

No. de Radicación del trámite	Fecha de radicación	Fecha inicio de afiliación	Fecha de fin de afiliación
1450854	22/01/2025	23/01/2025	

Código sede	Nombre de la sede	Departamento	Código	Municipio	Código	Zona

Dirección	Teléfono	Correo electrónico sede

Responsable de la sede	Tipo de doc	No. de documento o NIT	Correo electrónico responsable de la sede

Código centro de trabajo	Código actividad económica	Nombre actividad económica	No. total de trabajadores y estudiantes en práctica	Clase de riesgo	Monto de la cotización

Departamento	Código	Municipio	Código	Zona

Responsable del centro	Tipo de doc	No. de documento o NIT	Correo electrónico responsable del centro

Código sede	Nombre de la sede	Departamento	Código	Municipio	Código	Zona

Dirección	Teléfono	Correo electrónico sede

Responsable de la sede	Tipo de doc	No. de documento o NIT	Correo electrónico responsable de la sede

Código centro de trabajo	Código actividad económica	Nombre actividad económica	No. total de trabajadores y estudiantes en práctica	Clase de riesgo	Monto de la cotización

Departamento	Código	Municipio	Código	Zona

Responsable del centro	Tipo de doc	No. de documento o NIT	Correo electrónico responsable del centro

5. Estado de cuenta del empleador

☐ Al día ☐ En mora ☐ Acuerdo de pago ☐ Incumplimiento de acuerdo de pago

V. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES (Obligatorio)

☒ Autorización para que las ARL reporten la información que se genere de afiliación o de novedades al SAT y a las entidades públicas que por sus funciones se requieran.

☒ Autorización para que la ARL manejen los datos personales del afiliado o del responsable de la filiación de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 compilado en el Decreto 1074 de 2014 Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

☒ Autorización para que el SAT o la ARL envíe información relacionada con la afiliación o novedades al SGRL al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

Documento Firmado Electrónicamente / 2025-01-22 / 5:52:15

AUDENAR FLOREZ SANABRIA

Firma

Empleador o su representante legal

Jaime Luis Pérez Stummo

JLPS

Nombre y firma del funcionario de la Administradora de Riesgos

Recuerde que la firma al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas y perfecciona la afiliación o el traslado al Sistema General de Riesgos Laborales y se constituye el respectivo contrato de administración de riesgos laborales, regido en todos sus aspectos por lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, el Decreto 2885 de 1994, la Circular Básica Jurídica (C.E. 029/14) de la Superfinanciera, la Ley 776 de 2002, Ley 884 de 2012,el Decreto 1072 de 2015 y demás normas que los modifican, adicionan o complementan.

INSCRIPCIÓN O NOVEDADES DE APORTANTES

Numero de Radicación

Fecha de Radicación

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

INSCRIPCION X NOVEDAD

El Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, creado mediante el Decreto 1.295 de 1994, tiene como objeto garantizar los derechos irrenunciables de la población en salud, pensiones y riesgos laborales, mediante el cumplimiento de principios, normas y procedimientos establecidos en la ley. El empleador que no afilie a sus trabajadores al Sistema de Seguridad Social Integral dentro de los plazos establecidos en la ley, o que no reporte novedades, o que reporte novedades con información inexacta, incompleta o inoportuna, incurrirá en las sanciones establecidas en la ley. Los aportantes están obligados a suministrar la información solicitada en este formulario, la cual será utilizada para el cumplimiento de las funciones propias de la Administradora. Los aportantes autorizan a NUEVA EPS S.A. para consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, confirmar y actualizar la información que se refiera a su comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios, o a la información que se requiera para el cumplimiento de su objeto social, con fines estadísticos, de control, de supervisión y de información comercial, bancaria o financiera, a las centrales de información que manejen o administren bases de datos con los mismos fines, a los operadores de información y a las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral, o a quien represente sus derechos o ostente sus fuentes de información, en Colombia o en el exterior, de conformidad con la normatividad aplicable. Los aportantes podrán ejercer sus derechos de acceso, actualización, rectificación y supresión de sus datos personales de conformidad con la normatividad aplicable. Dicha información deberá ser suministrada de manera veraz, completa, exacta, actualizada y comprobable.

LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN AL RESPALDO ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO
FAVOR NO DILIGENCIAR LOS CAMPOS ZONA DE MERCADEO Y SUBZONA DE MERCADEO

No. * 0837121 *

CODIGO 037

I. IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE

EN CASO DE SER UNA NOVEDAD DE CAMBIO DE IDENTIFICACIÓN DILIGENCIAR IDENTIFICACIÓN ACTUAL Y ANTERIOR

Fecha de Diligenciamiento: DÍA 17 MES 01 AÑO 2025

Tipo de Documento Actual: Cédula Ciudadanía ( ) Cédula Extranjería ( ) Número de Identificación Tributaria (NIT) X Pasaporte ( ) Número de Documento Actual: 901.899.595-7

Tipo de Documento Anterior: Cédula Ciudadanía ( ) Cédula Extranjería ( ) Número de Identificación Tributaria (NIT) Pasaporte ( ) Número de Documento Anterior:

Clase de Aportante: Cotizante ( ) Pensionado ( ) Independiente X

Número Empleados a Nivel Nacional: 10

Tipo de Persona: Natural Jurídica X

Tipo de Empleador: Oficial ( ) Particular X

Nombre o Razon Social: Consorcio Inter Hato Brozal 2024

Nombre Comercial:

Nombre Actividad Económica: Actividades de Consultoría

Código: 7112

A.R.P.: positiva

Caja de Compensación: Compensar

Representante Legal: Audenar Flórez Sanabria

Forma de Pago: Sucursal ( ) Unica X Consolidado

Número de Sucursales:

Directivo de Recursos Humanos: Audenar Flórez Sanabria Nombre del Cargo: Gerente Teléfono: 3115203182

Responsable de afiliación a E.P.S.: Audenar Flórez Sanabria Nombre del Cargo: Gerente Teléfono: 3115203182

II. UBICACIÓN SEDE PRINCIPAL

Dirección: Carrera 27 AV 14-56

Barrio:

Zona Postal:

Municipio: Yopal

Departamento: Casanare

Zona Mercadeo:

Subzona Mercadeo:

Ubicación: Urbana (X) Rural ( )

Número Empleados Sede Principal: 10

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Teléfono 3:

Fax:

E-mail: interhatobrozal@gmail.com

Web Site:

Envío de Correo: Por Sucursal ( ) Sede Principal ( )

Dirección de Correspondencia:

Municipio:

Departamento:

Teléfono de Dirección Correspondencia:

III. UBICACIÓN SUCURSALES

Si su empresa tiene sucursales complete la siguiente información. En caso de tener más de cinco (5) sucursales favor relacionar la información solicitada en un listado anexo

	Código Sucursal	Nombre Sucursal	Dirección	Ubicación Urbana	Ubicación Rural	Barrio	Zona Mercadeo	Subzona Mercadeo
A								
B								
C								
D								
E								

nueva eps
Recibido para estudio de la EPS
FECHA 17 01 2025
CODIGO 11130

	Municipio	Departamento	Teléfono	No. Empleados	Nombre Director de Sucursal	Cargo del Director de Sucursal
A						
B						
C						
D						
E						

	Dirección Correspondencia	Municipio	Departamento	E-mail	A.R.P.
A					
B					
C					
D					
E					

VIGILADO SUPERSALUD

09/2013

RAD-F-11-V1.0

OBSERVACIONES:

Declaración Juramentada. Bajo la gravedad de juramento declaro que la información consignada por mí en el presente escrito es cierta y que en el Comité de las comprendidas en los artículos 4, 5 del Decreto 1406 de Junio de 1999, en especial en lo referente a la afiliación a NUEVA EPS S.A. Autorizo expresamente para efectos de realizar el Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral. La Autoridad para suscribir esta información y los documentos anexos.

Autenar Flórez Sanabria 74849546

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

DE FORMA VOLUNTARIA ESTABLECIMIENTO, AUTORIZACIÓN DE COOPERATIVAS O MUTUALES O ASOCIACIONES DE FACTO REFERENCIADAS EN EL ARTÍCULO 6 DEL DECRETO 1406 DE 1999 Y EN EL ARTÍCULO 43 DEL DECRETO 1406 DE 1999

INFORMACION DEL RESPONSABLE DE FIRMAR LA DECLARACIÓN DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

Nombre

Firma

100191162 SEP-2013

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

CAPRESOCA E.P.S. 17 ENE 2025

NIT: 891.856.000-7

MOVILIDAD

GSAF-F-59 Ver 2

REGISTRO EMPRESA

Fecha de Diligenciamiento

capresoca

- Existimos para tu Gente

RECIBIDO

1. Información de la empresa

Tipo y Número de Identificación	Nombre o Razón Social
901 899 595-7	Consorcio Inter Hab Gozol 2024

Nombre Representante Legal	Tipo de Aportante o Novedad a Realizar
Audenar Florez Sarabia	

Tipo de Aportante		Tipo de Empresa		Sistema General de Participaciones	
Grande ☐	Pequeño ☒	Privada ☐	Publica ☐	Si ☐	No ☐

Forma de Pago		Es Patrono		N° de Empleados
Nacional ☐	Sucursal ☐	Si ☐	No ☐	

Código y nombre de la actividad económica de la DIAN	
7112	Intervención técnicas

2. Información de la sucursal

Dirección		Correo Electronico	
Carrera 27 AN 14 56		interhabgozol@gmail.com	
Telefono	**Fax**	**Ciudad**	**Departamento**
3115203182		Yopal	Casanare
Nombre Representante Legal		**Nombre del Responsable de Afiliaciones**	
Duber Florez Sarabia		Audrina Flores	

Declaración Juramentada. Bajo la gravedad de juramento y con mi firma certifico que la información registrada en el presente documento es cierta y se suministra a CAPRESOCA EPS. a fin de construir el Registro Unico de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral y de cumplir con los articulos 4, 5 y 6 del decreto 1406 de 1999

Firma y Sello del Empleador

Audrina Flores Sarabia

3. Información de uso exclusivo de CAPRESOCA E.P.S.

Rechazada ☐	Fecha	Motivo de Rechazo	Firma y Sello Procesado
Devuelta ☐	Fecha	Motivo de Devolución	
Aprobada ☐	Fecha	Aprobado Por	

VIGILADO Supersalud

DECRETO 1406 DE 1999 Artículo 4. "Obligados a cumplir los deberes formales. Los aportantes deberán cumplir las obligaciones y deberes formales establecidos en la ley o el reglamento, personalmente o por medio de sus representantes" **Artículo 5.** "Los aportantes estarán igualmente obligados a reportar toda novedad que se presente con relación a su identificación en el registro, tales como cambios de dirección, razón social, cambio de actividad económica, apertura o cierre de sucursales o centros de trabajo. Dicha información deberá suministrarse dentro de los treinta (30) días siguientes a su ocurrencia"

Powered by CamScanner

AFILIACIÓN NÚMERO 077 DEL 22 DE ENERO DEL 2025

POR MEDIO DE LA CUAL SE CONCEDE LA CALIDAD DE AFILIADO AL
CONSORCIO INTER-HATO 2024

En ejercicio de sus facultades legales y en especial las conferidas por el consejo directivo de la Corporación a través de Acta No 002 del 16 de abril de 2002, y

CONSIDERANDO

Que, mediante comunicación dirigida a esta entidad, el representante legal del **CONSORCIO INTER-HATO 2024,** identificado con Nit 901.899.595-7, presento solicitud de incorporación como afiliado empleador a la Caja de Compensación Familiar de Casanare COMFACASANARE, diligencio el formulario de afiliación patronal y aporto los respectivos soportes legales ante esta entidad.

Que de conformidad con el artículo 39 del Decreto 341 de 1988, y una vez revisada la documentación aportada se verifico que cumple con los requisitos legales para afiliación a esta Caja de Compensación Familiar.

Que de acuerdo al decreto 1990 de 2016 se ajustan las fechas para el pago de aportes al sistema de protección social y se hace obligatorio el pago de planilla integrada de liquidación de aportes.

Que de acuerdo al artículo 7° de la ley 80 de 1993 (Estatuto General de Contratación de la Administración Pública) definió los consorcios y las uniones temporales.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder la calidad de Afiliado al **CONSORCIO INTER-HATO 2024,** identificado con Nit 901.899.595-7, a la Caja de Compensación Familiar de Casanare – COMFACASANARE.

ARTICULO SEGUNDO: La calidad de afiliado se concederá por el término de duración del contrato y un año más, para el cual fue constituido el consorcio; una vez transcurrido el término anteriormente estipulado se procederá con la inactivación y retiro de la empresa de la base de datos de Comfacasanare.

ARTICULO TERCERO: Los aportes deberán ser cancelados de conformidad a lo estipulado por el Decreto 1990 de 2016.

ARTICULO CUARTO. La presente Afiliación surtirá efectos fiscales para el pago de aportes y generación de derechos a partir de su notificación.

ARTICULO QUINTO: Notifíquese el contenido de la presente Afiliación al Representante Legal del consorcio, al correo electrónico interhatocorozal@gmail.com

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

GUSTAVO ERNESTO AYALA LEAL
Director

Firmado por: GUSTAVO ERNESTO AYALA LEAL el dia miércoles, 22 de enero, 2025 11:45
Código hash: d454cfddbfff5e47fc0625273c6c5c35d666b6b6486f4f7d191a2305859703527eaca2ea05c641ff67512a14433d5ca89e83c15767fd040bc556cf627607e9d05b

Yopal, 22 de enero del 2025

Señor
AUDENAR FLOREZ SANABRIA
Representante Legal
CONSORCIO INTER-HATO 2024
Carrera 27 A No 14-56
Yopal-Casanare

Cordial Saludo,

En cumplimiento del artículo 57 de la Ley 21 de 1982, le notifico que mediante Afiliación No. 077, la cual adjuntamos, fue concedida la calidad de afiliada a la Caja de Compensación Familiar de Casanare COMFACASANARE.

Sea esta la oportunidad, para enviar el portafolio de Servicios de la Caja e invitarlo hacer uso de ellos y de esta forma ejercer sus derechos como empleador, aportando las sugerencias e iniciativas que en pro de los afiliados considere podamos realizar, en el corto, mediano y largo plazo.

Gracias por confiar en lo nuestro.

Atentamente,

GUSTAVO ERNESTO AYALA LEAL
Director

GEAL/dct

Firmado por: GUSTAVO ERNESTO AYALA LEAL, el día miércoles, 22 de enero, 2025 11:45
Código hash: d454cfddbfff3e47fc0825273c8c5c35d066b6b648f4f7d191a2305859703 27eaca2ea05c6641ff67512a14433d5ca89e83c15767fd040bc556cf627607e9d05b

Firmese

Escanea el código

Tabla de firmantes

Nombre de firmante	Correo electrónico	Fecha de firma	IP de firma
GUSTAVO ERNESTO AYALA LEAL	dianatobito@comfacasanare.com.co	miércoles, 22 de enero de 2025 11:45	186.84.88.78, 172.31.44.151

EPS Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

24 01 2025

200350052

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No X

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Gil	Segundo Apellido: Cifuentes	Primer Nombre: Bernardo	Segundo Nombre: Alberto

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
Cedula	16072	Femenino Masculino	F M X T NB Otro Cual	Colombiano

14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
País: Colombia	Departamento: Caldas	Municipio: Manizales	27 08 1932

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No X Categoría de discapacidad	Si No X	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Proteccion	5.382000	

26. Residencia Dirección		Teléfono Fijo
Diagonal 77B N. 119-41		
Teléfono Celular: 3146190543	Correo Electrónico: Ingbg@gmail.com	
Departamento: Bogota DC	Municipio / Distrito: Bogota	Localidad / Comuna:

Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural X

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	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	

3. AFILIADOS

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. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

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
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

200350052

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	IPS Bogotá	
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	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Inter Hato 2024		901.899.595-7	Dependiente

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o Celular
Carrera 27 AN 14-56	3115203182

Correo electrónico	Departamento	Ciudad / Municipio
interhatocarozal@gmail.com	Casanare	Yopal

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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	27/01/2025		

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.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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.

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. 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
Bernardo A si Cisneros	Adalenar Flórez S.

X. ANEXOS

82. Anexo copia de documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT

- [ ] 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.

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación (DD/MM/AAAA)	97. Fecha de validación (DD/MM/AAAA)

OBSERVACIONES:

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Asesor Comercial
EPS SANITAS

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de radicación	Nombre y Clave Asesor Comercial	Sticker procesamiento
1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA			1118544609

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GIL CIFUENTES BERNARDO ALBERTO** identificado(a) con **CC** número **16.072.233** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de enero de 2025.

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:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20250122206004

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901899595
Nombre:	CONSORCIO INTER - HATO 2024		
Dirección:	KR 27 14 56		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	DORELYEPSHUMANA@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3115203182	**Tarifa:**	0,52200
Actividad Económica:	1711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 74849596	AUDENAR FLOREZ SANABRIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-717955	27/01/2025	CC 16072233	BERNARDO ALBERTO GIL CIFUENTES	1	0,52200	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_11_2_2_FR01 v_07
AFIS_4_1_1_FR15 v_07

Código: MWpaU7o4M4RoaKg1GzZaWQ==

Certificado impreso el día 26/01/2025 6:51:03 a. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

BERNARDO ALBERTO
GIL CIFUENTES
CC - 16072233

CONSORCIO INTER - HATO 2024
901899595

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

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] — 1607233
Lugar y fecha de expedición:
Sede: 2
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: GIL
Segundo apellido: CIFUENTE
Nombres: BERNARDO ALBERTO
Fecha de Nacimiento: 1982 08 24
Teléfono: 3146705413.
Dirección Residencia: CARRERA 27A Nº 14-56.
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: [ ] Casado(a) [ ] Soltero(a) [ ] Separado(a) [ ] Unión libre [ ] Divorciado(a) [ ] Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Topal	2025 01 27		Director de interventoria	5.382.000

Tipo de contrato: obra labor — Administrar Recursos Públicos [SI] [NO] — Servidor Público [SI] [NO] — Nivel Escolaridad: profesional.
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 [X] Arrendada [ ] Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: [X] 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	[X] No aplica

Pertenencia étnica

[ ] Afrocolombiano [ ] Comunidad negra [ ] Indígena palenquero [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés [ ] Providencia y santa catalina [ ] Room /Gitano [X] No aplica

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
CONSORCIO INTER-HATO-COROZAL 2024	3115203182.

NIT, C.C. o C.E.: 901.899.595-7
Dependencia:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición:
Nombres:
Fecha de Nacimiento:
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, Bernardo alberto Gil Cifuentes, identificado con cédula de ciudadanía No. ____ expedida en ____, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, 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.

Firma: Bernardo A. Gil

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

Bernardo A Gil
Firma del trabajador(a)
CC TI RC o CE No. 1607233.

Judicial Lopez.
Firma y sello del empleador

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
03 FEB 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

OBSERVACIONES:

La inscripción de este formato está sujeta a verificación

Subsidio

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

27/01/2025

200350050

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: PEREZ	Segundo Apellido: JAIMES	Primer Nombre: ALFREDO	Segundo Nombre: MARTIN

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	91.240.944	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	COLOMBIANO

14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
País: BUCARAMANGA COLOMBIA	Departamento: SANTANDER	Municipio:	30 03 1965

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No X Categoría de discapacidad	Si No X	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA	COLPENSION	1423.500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
CALLE 18A Nº 27A - 54	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3108691787	ingampj@yahoo.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CASANARE	TOPAL		Cabecera Municipal Rural Disperso Centro Poblado X Resto Rural

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	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
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. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	

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
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

200350050

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C	IPS YOPAL.	
B1		
B2		
B3		
B4		

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 documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO INTER-HATO-2024	NIT	901.899.595-7	

59. Ubicación

Dirección: CARRERA-27A-N°-14-56 | Teléfono fijo o Celular: 3115203182

Correo Electrónico: interhatocoroza1@gmail.com | Departamento: CASANARE | Municipio: YOPAL.

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 del inicio 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 prestación económica.
- [ ] 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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	27/01/2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de acceso 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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 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.

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. 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
	AUDENAR FLOREZ S.

X. ANEXOS

82. Anexo copia de documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT

- [ ] 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.

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Nombre y Clave Asesor Comercial
EPS SANITAS

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

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: 1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA

Sticker procesamiento: 1118544609

Powered by CamScanner

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ALFREDO MARTIN PEREZ JAIMES** identificado con **CC** No. **91240944**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
CONSORCIO INTER - HATO 2024 - NI. 901899595	**Fecha de inicio de cobertura :** 27/01/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501011717994.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_7_FR01 v_09
MIS 4 1 3 FR15 v 010

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901899595
Nombre:	CONSORCIO INTER - HATO 2024		
Dirección:	KR 27 14 56		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	DORELYEPSHUMANA@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3115203182	**Tarifa:**	0,52200
Actividad Económica:	1711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 74849596	AUDENAR FLOREZ SANABRIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-717969	27/01/2025	CC 91240944	ALFREDO MARTIN PEREZ JAIMES	1	0,52200	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_33_2_2_FR01 v 07
APO_4_1_3_FR15 v 07

Código: ZsUP5zhtRg1G7lkzaK59FA==

Certificado impreso el día 26/01/2025 7:00:40 a. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

ALFREDO MARTIN
PEREZ JAIMES
CC - 91240944

CONSORCIO INTER - HATO 2024
901899595

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

ALFREDO MARTIN PEREZ JAIMES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.240.944**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR.**

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2025.

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 ultima fecha de retiro [ ] [ ] [ ]

SGS

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] — 91240.944
Lugar y fecha de expedición:
Sexo: X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: PEREZ
Segundo apellido: JAIMES
Nombres: ALFREDO MARTIN
Fecha de Nacimiento: 1965 03 30
Teléfono: 3108691787.
Dirección Residencia: CALLE 18A No 27A-54
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: Casado(a) [ ] Soltero(a) [ ] Separado(a) [ ] Unión libre [X] Divorciado(a) [ ] Viudo(a) [ ]

CIUDAD: YOPAL
Fecha de Ingreso a la empresa: 2025 01 27
Horas labor mes:
CARGO: Profesional de Apoyo
SUELDO BÁSICO: 1.423.500
Tipo de contrato: obra labor
Administrar Recursos Publicos: SI [ ] NO [X]
Servidor Publico: SI [ ] NO [X]
Nivel Escolaridad: Profesional
Profesión:
Presenta Discapacidad alguna: SI [ ] NO [X]
Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUI.
SUELDO BÁSICO:

VIVIENDA: No tiene [ ] Propia [ ] Arrendada [X] Hipoteca [ ]
ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual [X] 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	[ ] Poblacion zonas frontera (Nacionales)
[ ] Población migrante	[ ] Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado	[ ] Ejercicio del trabajo sexual	[X] No aplica

Pertenencia étnica

[ ] Afrocolombiano [ ] Comunidad negra [ ] Indígena y Miembro [ ] Raizal del Archipiélago de San Andrés [ ] Proveniente y Kumpania [ ] Room /Gitano [X] No aplica

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CONSORCIO INTEL HATO COROZAL 2024
Teléfono: 311 520 3182.
NIT, C.C. o C.E.: 901.897.595-7
Dependencia:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición
Nombres:
Fecha de Nacimiento:
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 ECONOMICA:
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, Alfredo Martin Perez Jaimes, identificado con cedula de ciudadania No. 91240944 expedida en, manifiesto asi de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria explicita, previamente informada e inequivoca a la Caja de Compensacion Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la politica de tratamiento de datos personales de la Institucion publicada en la pagina Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos seran custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envio de informacion 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

Alfredo Perez
Firma

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

Alfredo Perez
Firma del trabajador
CC TI RC o CE No. 91240944

DUDENAIR FLOREZ
Firma y sello de la empresa

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños

03 FEB 2025

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

Subsidio

Utilice este formato exclusivamente para afiliar trabajadores dependientes. No tiene costo alguno. Recuerde que es obligación del empleador y el trabajador suministrar información veraz y verificable. Al diligenciar este formato, usted declara bajo la gravedad de juramento que la información aquí consignada es exacta y verificable. Consulte los requisitos para cada tipo de afiliado en www.comfacasanare.com.co. Si tiene alguna duda, comuníquese con nosotros. Si no tiene acceso a Internet, diligencie el formato y radíquelo en la oficina de atención más cercana.

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

27/01/2025

200350051

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
MOJICA	GERENA	PEDRO	ANTONIO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
C.C.	17.590.094	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro		COLOMBIANO

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
VILLAVICENCIO	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	04/02/1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No X Categoría de discapacidad	Si No X	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA	PORVENIR	6.500.000.	

26. Residencia Dirección: CALLE-28A N°-21-13 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3112877824 — Correo Electrónico: pamgs@hotmail.com.

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CASANARE	TOPAL		Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural X

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	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
Ciudad	Departamento	País	

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. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	

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
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona	Teléfono fijo y o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (si requiere pago de la UPC)
B1			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

200350051

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	IPS YOPAL.	
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	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO INTER-HATO-2024	NIT	901.839.595-7.	

59. Ubicación
Dirección: CARRERA-27A # 14-56
Teléfono fijo o Celular: 3115203182
Correo electrónico: interhatocorozal@gmail.com
Departamento: CASANARE
Municipio: YOPAL.

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 aportante. 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 a 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 cambio 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 | Segundo Apellido | Primer Nombre* | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	27/01/2025		

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.
- [X] 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.
- [X] 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 lo requieran.
- [X] 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.
- [X] 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.

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. 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
PEDRO ANTONIO MOJICA.	JUDENAIR FLOREZ SANABRIA

X. ANEXOS

Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CC: [ ] TI: [ ] CE: [ ] PA: [ ] RC: [ ] NV: [ ]

- [ ] 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 el 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 del documento de identidad	96. Firma del funcionario	97. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	98. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES:

PARA LA EPS
HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Nombre y Clave Asesor Comercial
EPS SANITAS

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de la Entidad	Sticker procesamiento
1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA		1118544609

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

PEDRO ANTONIO MOJICA GERENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **17.590.094**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901899595
Nombre:	CONSORCIO INTER - HATO 2024		
Dirección:	KR 27 14 56		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	DORELYEPSHUMANA@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3115203182	**Tarifa:**	0,52200
Actividad Económica:	1711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 74849596	AUDENAR FLOREZ SANABRIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-717961	27/01/2025	CC 17590094	PEDRO ANTONIO MOJICA GERENA	1	0,52200	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_11_2_2_FR01 v 07
MIS 4_1_3 FR15 v 07

Código: cOaPLoCVhZ5H0Aq6tlOcJA==

Certificado impreso el día 26/01/2025 6:55:35 a. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

PEDRO ANTONIO
MOJICA GERENA
CC - 17590094

CONSORCIO INTER - HATO 2024
901899595

Fortalecimiento nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: [X] TI [ ] CC [ ] RC — Lugar y fecha de expedición — CAUSAL NO ACEPTACIÓN

17.510.094

Primer apellido: MOJICA — Segundo apellido: GUEVARA.

Nombres: PEDRO ANTONIO — Fecha de Nacimiento: 1976 02 04 (DÍA MES AÑO) — Teléfono: 3112377824

Dirección Residencia: CALLE 28A Nº 21-13

Correo Electrónico

ESTADO CIVIL: [ ] Casado(a) [ ] Soltero(a) [ ] Separado(a) [X] Unión libre [ ] Divorciado(a) [ ] Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL	2025 01 27		Ingeniero Residente	6.500.000

Tipo de contrato: obra labor. Administrar Recursos Públicos: [SI] [NO] Servidor Público: [SI] [NO] Nivel Escolaridad: profesional

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 AQUI.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: [ ] No tiene [ ] Propia [X] Arrendada [ ] Hipoteca

ORIENTACIÓN SEXUAL: [X] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

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

Pertenencia étnica

[ ] Afrocolombiano [ ] Comunidad negra [ ] Indígena palenquero [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés [ ] Providencia y santa catalina [ ] Room/Gitano [X] No aplica

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
CONSORCIO INTERVIAL COVID 2021-2024	3115203182.

NIT, C.C. o C.E.: 901.879.595-7 — Dependencia:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido — Segundo apellido

Adicionar — Nombres — Fecha de Nacimiento — Recibe subsidio: SI [ ] NO [ ]

Retiro — Tipo y número de identificación: [CC] [TI] [CE] [RC] — 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, Pedro Antonio Mojica Cerena, identificado con cédula de ciudadanía No. 17.510.094 expedida en _____, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, 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.

Pedro Mojica
Firma

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

Pedro Mojica
Firma del trabajador(a)
CC TI RC o CE No 17590014

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES: _____

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

03 FEB 2025

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

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

Powered by CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 26/01/2025, el empleador CONSORCIO INTER HATO COROZAL 2024 identificado con NIT número 901899595 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8242823	26/01/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007435757	CRISTIANDAMIAN JIMENEZ PINEDA	2366000	INSPECTOR DE OBRAS	2025-01-27

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Enero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

porvenir
sólo hay uno

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:

CRISTIAN DAMIAN JIMENEZ PINEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.435.757**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901899595
Nombre:	CONSORCIO INTER - HATO 2024		
Dirección:	KR 27 14 56		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	DORELYEPSHUMANA@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3115203182	**Tarifa:**	0,52200
Actividad Económica:	1711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 74849596	AUDENAR FLOREZ SANABRIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-717982	27/01/2025	CC 1007435757	CRISTIAN DAMIAN JIMENEZ PINEDA	1	0,52200	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_07
GRS 4 1 3 FR15 v 07

Código: J3fxEw2KFuzhkpJKPMKLmw==

Certificado impreso el día 26/01/2025 7:10:32 a. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

CRISTIAN DAMIAN
JIMENEZ PINEDA
CC - 1007435757

CONSORCIO INTER - HATO 2024
901899595

ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Formato de Inscripción, de Trabajadores

1. DATOS DEL TRABAJADOR

CAUSAL NO ACEPTACIÓN

Tipo de identificación: C.C. T.I. R.C. Cargue y pegue documento aquí

1007435757

Primer apellido: JIMENEZ

Segundo apellido: PINEDA

Nombres: CRISTIAN DAMIAN

Fecha de nacimiento: 2000 | 10 | 30 (AÑO | MES | DÍA)

Dirección residencia: Cra 27 Nº 12-36

Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: Casado(a) | Soltero(a) | Separado(a) | Unión libre | Viudo(a) | Divorciado(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la Empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 | 01 | 27		INSPECTOR DE OBRA	2.366.000

Tipo de contrato: Obra Labor | Administrar Recursos Públicos: SI NO | Servidor Público: SI NO | Nivel Escolaridad: Profesional

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 BASICO

VIVIENDA: No tiene | Propia | Arrendada | Hipoteca

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual | Homosexual | Bisexual

Factor de Vulnerabilidad:

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

Pertenencia étnica:

Afrocolombiano | Comunidad negra | Indígena 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
CONSORCIO INTERVIATOCOROZAL-2024	3115203182

NIT, C.C. o C.E.: 901.879.595-7

Dependencia:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido | Segundo apellido

Adicionar | Nombres | Fecha de Nacimiento | Recibe subsidio: SI NO

Retirar | Tipo y número de identificación: CC TI CE RC | DOCUMENTO PENDIENTE

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BASICO

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, Cristian Damian Jimenez Pineda, identificado con cédula de ciudadanía No 1007435757 expedida en , manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, 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.

Firma: CRISTIAN JIMENEZ

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

Firma del trabajador(hull) C.C. T.I. R.C. o C.E. No. 1007435757 — CRISTIAN JIMENEZ.

Firma y sello del empleador — SUDENAR FLOREZ.

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare Construimos Sueños !!!

03 FEB 2025

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

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

Powered by CamScanner

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
Siempre cuidando a la gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 27 ENERO 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [✔] 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: A. Contributivo [✔] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [✔]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✔] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: C1330

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TORRES	BOCANEGRA	ARELYS	YECENIA

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1 117 322 264	✔	✔ Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO				15. FECHA NACIMIENTO		
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		DÍA	MES	AÑO
COLOMBIANA	COLOMBIA	CASANARE	OROCUE		04	SEPTIEMBRE	1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCU ESTA SISBEN?	20. CLASIFICACIÓN SISBEN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
06. Sin Etnia		SI [ ] NO [✔]	N/A	SI [ ] NO [✔]					POSITIVA

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
PORVENIR	$ 5.330.000			3132693526	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
calle 33 # 27 C - 62		ingarelistorres23@gmail.com	CASANARE

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
YOPAL		CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	6996

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
			Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO				34. FECHA NACIMIENTO		
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		DÍA	MES	AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO			42. FECHA DE NACIMIENTO		
							PAÍS	DEPTO.	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO
81												
82												
83												
84												
85												

Datos complementarios del Beneficiario

	42. PARENTESCO	43. ETNIA	44. COMUNIDAD	45. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	GRUPO	49. DIS CAPACIDAD SI	NO	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE? SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA
81															
82															
83															
84															
85															

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A SELECCIONAR POR LA EPS)
81							
82							
83							
84							
85							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de cotizante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO INTER HATO 2024	NI - Número Identificación Tributaria	901 899.595 - 7	3115203182 DEPENDIENTE

59. Dirección						
CARRERA 27 A	# 14	- 56	INTERHATOCOROZAL@GMAIL.COM	CASANARE	YOPAL	

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/O 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 / RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TORRES	BOCANEGRA	ARELYS	YECENIA

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1 117 322 264	✔	✔ Cual?

64. FECHA NACIMIENTO			65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD			67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O FALLIDOS DE PENSIONES
04	SEPTIEMBRE	1986		27	ENERO	2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que dicho(s) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. 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. [ ]
76. a). 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. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
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 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

IX. FIRMAS

AURELYS YECENIA TORRES B	AUDENAR FLOREZ S
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	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 [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AD [ ] PT [ ] Cantidad: [ ] Total: 0
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública, sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de la apertura o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la petición de la madre potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (normal 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016) [ ]
90. Constancia de inscripción a otra entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de los autos donde se ordene la custodia de beneficiarios o de cónyuge o compañero [ ]

nueva eps
Recibido para estudio de la EPS
FECHA: 27-01-2025
CODIGO C1330

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN	DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN	DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

NUEVO

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. -

porvenir
sólo hay uno

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:

ARELYS YECENIA TORRES BOCANEGRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.117.322.264**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901899595
Nombre:	CONSORCIO INTER - HATO 2024		
Dirección:	KR 27 14 56		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	DORELYEPSHUMANA@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3115203182	**Tarifa:**	0,52200
Actividad Económica:	1711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 74849596	AUDENAR FLOREZ SANABRIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-717965	27/01/2025	CC 1117322264	ARELYS YECENIA TORRES BOCANEGRA	1	0,52200	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_33_2_2_FR01 v. 07
MIS 4 1 3 FR15 v. 07

Código: jRh9Nx3AKoOnPbrDZk8rxA==

Certificado impreso el día 26/01/2025 6:57:51 a. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

ARELYS YECENIA
TORRES BOCANEGRA
CC - 1117322264

CONSORCIO INTER - HATO 2024
901899595

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 ☐ Novedad
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes SI ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro ☐☐ ☐☐ ☐☐

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: [X] C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. — 1117.322.264
Lugar y fecha de expedición:
Sexo: F
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: TORRES.
Segundo apellido: BOHANEGRA.
Nombres: ARELYS YECENIA
Fecha de Nacimiento: 1986 09 04
Teléfono: 3132673526.
Dirección Residencia: CALLE 33 N° 27C-62
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) [X] Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL.	2025 01 18		Ingeniera Ambiental	5.330.000

Tipo de contrato: obra labor · Administrar Recursos Públicos: SI [NO] · Servidor Público: SI [NO] · Nivel Escolaridad: profesional.
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 [X] Propia ☐ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: [X] 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	[X] No aplica

Pertenencia étnica

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

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CONSORCIO INTERVIATOCOR2024-2024
Teléfono: 3115203182.
NIT, C.C. o C.E.: 901899.595-7.
Dependencia:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición: ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento:
Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐
Retiro: ☐ Tipo y numero 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 numero anterior o errado: _____

Solicitud de Datos Personales

Yo, Arelys Yecenia Torres Bohanegra, identificado con cédula de ciudadanía No. 1117.322.264 expedida en _____ 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 envio 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.

Arelys Yecenia Torres. — Firma

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

Arelys Yecenia Torres — Firma del trabajador(a)
CC TI RC o CE No. 1117.322.264

Audenay Florez. — Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES: _____

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
03 FEB 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

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

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

27 01 2026

200350048

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades: X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia: X — B. Colectiva — D. De Oficio — A. Individual - Beneficiario o Afiliado adicional — C. Institucional
3. Régimen: A. Contributivo: X — B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si — No: X
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante: X — B. Cabeza de Familia — D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente: X — B. Independiente — C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Castañeda	Alarcón	Juan	David

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
Cedula	1006794510	Femenino — Masculino: X	F — M: X — T — NB — Otro — Cual	Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Villavicencio	Colombia	Meta	Villavicencio	13 12 2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
Sin Etnia		Si — No: X — Categoría de discapacidad	Si — No: X	Nivel — Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	2366.000	

26. Residencia Dirección: Carrera 29C N 34-33 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3143903598 — Correo Electrónico: Jdavidalarcon1023@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Casanare	40001		Cabecera Municipal — Rural Disperso — Centro Poblado: X — Resto Rural

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	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	

33. Lugar de nacimiento — País — Departamento — Municipio — 34. Fecha de nacimiento

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. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	
B2				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	
B3				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	
B4				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	
B5				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	

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
B1					Si — No	Nivel — Grupo	Si — No — Categoría de discapacidad	Si — No
B2					Si — No	Nivel — Grupo	Si — No — Categoría de discapacidad	Si — No
B3					Si — No	Nivel — Grupo	Si — No — Categoría de discapacidad	Si — No
B4					Si — No	Nivel — Grupo	Si — No — Categoría de discapacidad	Si — No
B5					Si — No	Nivel — Grupo	Si — No — Categoría de discapacidad	Si — No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a cuenta)
B1			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

200350048

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	IPS yapal	
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	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Interhabitat 2024	Nit	901.894.595-7	Dependiente

59. Ubicación
Dirección: Carrera 27 Nº 14-56 — Teléfono fijo o Celular: 3115203182
Correo electrónico: consorciointerhabitat@gmail.com — Casanare — Yopal

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 traslado 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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F M T NB Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento
				13 12 2000

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	27 01 2025		

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.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. 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
Juan David Posada Abril	Audenar Fdez S.

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 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 acta administrativa 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.

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación (DD MM AAAA)	97. Fecha de validación (DD MM AAAA)

OBSERVACIONES:

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Nombre y Cargo Asesor Comercial
EPS SANITAS

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

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicado	Sticker procesamiento
1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA		1118544609

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901899595
Nombre:	CONSORCIO INTER - HATO 2024		
Dirección:	KR 27 14 56		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	DORELYEPSHUMANA@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3115203182	**Tarifa:**	0,52200
Actividad Económica:	1711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 74849596	AUDENAR FLOREZ SANABRIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-717987	27/01/2025	CC 1006794510	JUAN DAVID CASTAÑEDA ALARCON	1	0,52200	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_11_2_2_FR01 v_07
MIS_4_1_1_FR15 v_07

Código: XdchyYlB5+o6vkUUMhWwXA==

Certificado impreso el día 26/01/2025 7:13:48 a. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JUAN DAVID
CASTAÑEDA ALARCON
CC - 1006794510

CONSORCIO INTER - HATO 2024
901899595

porvenir
sólo hay uno

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 DAVID CASTAÑEDA ALARCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.794.510**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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

SGS

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y numero de identificación: C.C. [X] T.I [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] — 1006.794.510
Lugar y fecha de expedición:
Sexo: F [ ] M [X]
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: CASTAÑEDA
Segundo apellido: ALARCON.
Nombres: JUAN DAVID.
Fecha de Nacimiento: 2000 12 13
Teléfono: 3143703598
Dirección Residencia: CARRE - 29C Nº 34-38
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre [X] Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL.	2025 01 27		INSPECTOR DE OBRAS	2.366.000

Tipo de contrato: Obra Labor. Administrar Recursos Públicos: SI [ ] NO [X] Servidor Publico: S [ ] NO [X] Nivel Escolaridad: BACHILLERATO
Profesión: Presenta Discapacidad alguna: SI [ ] NO [X] 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 [X] Hipoteca ☐
ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual [X] Homosexual ☐ Bisexual ☐

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

Pertenencia étnica
- ☐ Afrocolombiano
- ☐ Comunidad negra
- ☐ Indígena palenquero
- ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés
- ☐ Proveniente y vecino de Palenque
- ☐ Rom/Gitano
- ☐ No aplica

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CONSORCIO INTEL HATO COROZAL - 2024
Teléfono: 311520 3182.
NIT, C.C. o C.E.: 901.899.595-7
Dependencia:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adicion
Nombres:
Fecha de Nacimiento:
Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐
Retiro
Tipo y numero de identificación: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐
DOCUMENTO PENDIENTE:

EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONOMICA	CAJA DE COMPENSACION A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BASICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad escriba el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, Juan David Castañeda Alarcon, identificado con cédula de ciudadanía No. 1006.794.510 expedida en, manifiesto así de manera expresa que AUTORIZO de manera voluntaria, expresa, 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 david Castañeda
Firma

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

Juan david Castañeda
Firma del trabajador al
SE TIRC o CE No 1006794510

Dubenar Florez.
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
03 FEB 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL
La información de este formato está sujeta a verificación

Sábado

Utilice este formato exclusivo para afiliar a sus trabajadores dependientes.
Recuerde que es deber de la empresa y del trabajador informar cualquier novedad.
El respectivo diligenciamiento y entrega de este formato.
Consulte los requisitos para afiliar a sus trabajadores dependientes.
Si no hace uso de este formato, presente la respectiva carta de afiliación.

Powered by CamScanner

CAPRESOCA E.P.S
NIT: 891856.000-7
MOVILIDAD 27 ENE 2025

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS
FO-AS-08
2024-09-30
V.03

No DE RADICADO	FECHA DE RADICADO

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexan al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación [ ]	A. Individual: Cotizante o cabeza de familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A. Contributivo [X]	SI [ ]
B. Reporte de Novedades [x]	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	b. Subsidiado [ ]	NO [ ]

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliación Adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. Afiliación

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante, cabeza de familia o beneficiarios cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres			
PONARE	UMEJE	JHON	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. No de documento de identidad	11. Sexo Biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CEDULA	1.118.545.553	Femenino [ ] Masculino [X]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cúal:	COLOMBIANA

14. Lugar de Nacimiento						15. Fecha de Nacimiento
Pais:	Colombia	Departamento	Casanare	Municipio	Orocue	06 octubre 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
Sin etnia		SI [ ] NO [X]	Categoria de Discapacidad

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Calsificación SISBEN	21. Grupo de poblacion especial:
NO [ ] SI [ ]	NIVEL [ ] GRUPO [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales-ARL	23.Administradora de pensiones	24. Ingreso Base de Cotización -IBC-	25. tarifa Constribución Solidaria
POSITIVA	Porvenir	1.423.500	

26. Residencia				
CARRERA 29 No 26 -04	Teléfono	3105448236	ponare100@hotmail.com	
Dirección		Teléfono Celular	Correo electrónico	

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona	
Casanare	Yopal		Cabecera Municipal [ ]	Rural Disperso [ ]
			Centro poblado [X]	Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificación del conjuge 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. No de documento de identidad	30. Sexo Biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cúal:	

33. Lugar de Nacimiento						34. Fecha de Nacimiento
Pais:		Departamento		Municipio		

Datos basicos de identificación de os 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
				F	M	F	M	T	NB	Otro	Cuál	Pais	Dpto	Mun	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto Rural		
B1								
B2								
B3								
B4								

porvenir
sólo hay uno

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:

JHON PONARE UMEJE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.545.553**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901899595
Nombre:	CONSORCIO INTER - HATO 2024		
Dirección:	KR 27 14 56		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	DORELYEPSHUMANA@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3115203182	**Tarifa:**	0,52200
Actividad Económica:	1711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 74849596	AUDENAR FLOREZ SANABRIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-718007	27/01/2025	CC 1118545553	JHON PONARE UMEJE	1	0,52200	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_11_2_2_FR01 v 07
APS 4 1 1 FR15 v 07

Código: 7W50N0Z063NRTKC/SSIffg==

Certificado impreso el día 26/01/2025 7:43:38 a. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JHON
PONARE UMEJE
CC - 1118545553
CONSORCIO INTER - HATO 2024
901899595

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 ☐☐ ☐☐ ☐☐

SGS

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] — 1.118.545.553
Lugar y fecha de expedición:
Sexo: [X]
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: PONAVE.
Segundo apellido: UMUTE.
Nombres: JHON.
Fecha de Nacimiento: 1990 10 06
Teléfono: 3105448236.
Dirección Residencia: CARRERA 29 N° 26-04
BARRIO:
Correo Electrónico:
ESTADO CIVIL: [ ] Casado(a) [X] Soltero(a) [ ] Separado(a) [ ] Unión libre [ ] Divorciado(a) [ ] Viudo(a)
CIUDAD: YOPAL.
Fecha de Ingreso a la empresa: 2025 01 27
Horas labor mes:
CARGO: Profesional de Apoyo
SUELDO BASICO: 1.423.500.
Tipo de contrato: Obra Labor
Administrar Recursos Públicos: [SI] [NO]
Servidor Público: [SI] [NO]
Nivel Escolaridad: profesional.
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 [X] Arrendada [ ] Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: [X] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual

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

Pertenencia étnica
[ ] Afrocolombiano [ ] Comunidad negra [ ] Indígena palenquero [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés [ ] Providencia y santa catalina [ ] Room /Gitano [X] No aplica

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CONSORCIO INTER HAITO CARROZAL - 2024
Teléfono: 3115203182
NIT, C.C. o C.E.: 901.899.595-7.
Dependencia:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adicionar Nombres:
Fecha de Nacimiento:
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 ECONOMICA:
CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A):
SUELDO BASICO:
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, Jhon Ponave Umute., identificado con cédula de ciudadanía No. 1118545553 expedida en _____, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, 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.

Jhon Ponave Umute.
Firma

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

Jhon Ponave Umute.
Firma del trabajador(a)
C.C. [X] T.I. [ ] R.C. [ ] C.E. [ ] No 1.118.545.553

Audenar Florez.
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
03 FEB 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL
La información de este formato está sujeta a verificación

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin hijos.
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 en especie.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CAREN.

Subsidio

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CRISTANCHO CASTRO JENNY FERNANDA** identificado(a) con **CC** número **40.332.398** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de marzo de 2003 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de enero de 2025.

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:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901899595
Nombre:	CONSORCIO INTER - HATO 2024		
Dirección:	KR 27 14 56		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	DORELYEPSHUMANA@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3115203182	**Tarifa:**	0,52200
Actividad Económica:	1711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 74849596	AUDENAR FLOREZ SANABRIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-718005	27/01/2025	CC 40332398	JENNY FERNANDA CRISTANCHO CASTRO	1	0,52200	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_11_2_2_FR01 v_07
MIS 4 1 1 FR15 v 07

Código: iXBWfvAqfsPsVWpqZVNgew==

Certificado impreso el día 26/01/2025 7:41:10 a. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JENNY FERNANDA
CRISTANCHO CASTRO
CC - 40332398

CONSORCIO INTER - HATO 2024
901899595

Fundamente nuestra

ComfaCasanare

Caja de Compensación Familiar de Casanare

Marque con una equis (X) y verifique nuevamente la diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso

[ ] Inscripción del trabajador [ ] Modificación

[ ] Traslado

[ ] Beneficiario en el momento: SI [ ] NO [ ]

Indique última fecha de retiro: [ ][ ][ ]

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: [X] C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. — 40332398

Lugar y fecha de expedición:

Sexo: [ ] [X]

CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: CRISTANCHO

Segundo apellido: CASTRO

Nombres: JENNY FERNANDA

Fecha de Nacimiento: 1984 / 08 / 26

Teléfono: 3202228930

Dirección Residencia: CRA. 15 N°19-09

BARRIO:

Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: [ ] Casado(a) [X] Soltero(a) [ ] Separado(a) [ ] Unión libre [ ] Divorciado(a) [ ] Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BASICO
Yopal	2025 / 01 / 27		profesional de apoyo	1.423.500.

Tipo de contrato: obra labor — Administrar Recursos Públicos [SI] [NO] — Servidor Público [SI] [NO] — Nivel Escolaridad: profesional

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 [X] Arrendada [ ] Hipoteca

ORIENTACIÓN SEXUAL: [ ] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

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

Pertenencia étnica

[ ] Afrocolombiano [ ] Comunidad negra [ ] Indígena palenquero [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés [ ] Providencia y santa catalina [ ] Room /Gitano [X] No aplica

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
CONSORCIO INTERVENTORIA CENTRAL. 2024.	3115203182

NIT, C.C. o C.E.: 901.899595-7

Dependencia:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Adicion / Retiro

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombres:

Fecha de Nacimiento:

Recibe subsidio: SI [ ] NO [ ]

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, Jenny Fernanda Cristancho Castro, identificado con cédula de ciudadanía No. 40332398 expedida en _____, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, 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.

Jenny Fda Cristancho
Firma

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

Jenny Fda Cristancho
Firma del trabajador(a)
C.C. TI RC o C.E. No 40332398

Audenar Florez.
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
03 FEB 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

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

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LEAL REUTO OSCAR ALFONSO** identificado(a) con **CC** número **1.121.876.600** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de enero de 2025.

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:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20250122086091

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901899595
Nombre:	CONSORCIO INTER - HATO 2024		
Dirección:	KR 27 14 56		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	DORELYEPSHUMANA@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3115203182	**Tarifa:**	0,52200
Actividad Económica:	1711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 74849596	AUDENAR FLOREZ SANABRIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-717976	27/01/2025	CC 1121876600	OSCAR ALFONSO LEAL REUTO	1	0,52200	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_07
APO_13_2_FR15 v_07

Código: fthOOmoNHlWd3766+KOlUA== Certificado impreso el día 26/01/2025 7:06:16 a. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

OSCAR ALFONSO
LEAL REUTO
CC - 1121876600

CONSORCIO INTER - HATO 2024
901899595

Fortalecemos nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Marque con una equis (X) y verifique la información antes de diligenciar. Recuerde que la información registrada es de su responsabilidad y constituye declaración de renta.

( ) Retiro ( ) Afiliación
( ) Traslado
( ) Pensionado en el mismo empleo SI ( ) NO ( )
Indique última fecha de retiro: ___ ___ ___

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C [X] T.I [ ] C.E [ ] R.C [ ] — 1.121.876.600
Lugar y fecha de expedición:
Sexo: X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: LEAL
Segundo apellido: KEUTO
Nombres: OSCAR ALFONSO.
Fecha de Nacimiento: 1991 / 04 / 27
Teléfono: 3104830192.
Dirección Residencia: CALLE 15 N°4-70.
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: [ ] Casado(a) [ ] Soltero(a) [ ] Separado(a) [X] Unión libre [ ] Divorciado(a) [ ] Viudo(a)

CIUDAD: YOPAL.
Fecha de Ingreso a la empresa: 2025 / 01 / 27
Horas labor mes:
CARGO: Profesional de apoyo
SUELDO BÁSICO: 3.731.000.

Tipo de contrato: Obra Labor
Administrar Recursos Públicos [SI] [NO]
Servidor Público [SI] [NO]
Nivel Escolaridad: profesional
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 [X] Arrendada [ ] Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: [X] 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	[X] No aplica

Pertenencia étnica

[ ] Afrocolombiano [ ] Comunidad negra [ ] Indígena palenquero [ ] Raizal del archipiélago de San Andres [ ] Providencia y santa catalina [ ] Room /Gitano [X] No aplica

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CONSORCIO INTER VIATO COKOZAL-2024
Teléfono: 3115203182.
NIT, C.C. o C.E.: 901.899.595-7.
Dependencia:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición:
Nombres:
Fecha de Nacimiento:
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, Oscar Alfonso Leal Keuto, identificado con cédula de ciudadanía No. 1121876600 expedida en _____, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, 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.

Oscar Leal Keuto
Firma

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

Oscar Leal Keuto
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No 1.121.876.600

JUDICNAK FLOREZ.
Firma y sello del empleador

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
03 FEB 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

La información de este formato está sujeta a verificación

OBSERVACIONES:

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.

Subsidio

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

27/01/2025

200350049

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ALEZONES	ARDILA	SANDRA	CRISTINA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	13. Nacionalidad
CC	23.836.213	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro Cual	COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
Municipio	País	Departamento	Municipio	
OROCUE	COLOMBIA	CASANARE	OROCUE	15 07 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No X Categoría de discapacidad	Si No X	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA	PORVENIR	1.423.500.	

26. Residencia Dirección		Teléfono Fijo
CRA-29A-Nº-14-56		
Teléfono Celular: 3214514982	Correo Electrónico: sandracris82@hotmail.com	
Departamento: CASANARE	Municipio / Distrito: YOPAL	Localidad / Comuna:
Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural X		

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	31. Sexo Identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
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. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo Identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
						País Departamento Municipio	
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		

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
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

200350049

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	IPS TOPAL.	
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	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO INTER-HATO-2024	NIT	901.899.595-7	

59. Ubicación
Dirección: CARRERA 27A Nº 14-56
Teléfono fijo o Celular: 3115203182
Correo Electrónico: interhatocorozal@gmail.com
Departamento: CASANARE
Municipio / Ciudad: TOPAL.

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 cuenta de un cotizante — 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 traslado 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 | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	27 01 2025		

VII. AFILIACIONES 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 inclusión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de los 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.

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
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. de documento de identidad

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
	LUDENAR FLOREZ S.

IX. ANEXOS

- [ ] 82. Adjunto copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 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.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA 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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario	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

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Nombre / Clave Asesor Comercial
EPS SANITAS

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA		1118544609

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 26/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901899595
Nombre:	CONSORCIO INTER - HATO 2024		
Dirección:	KR 27 14 56		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	DORELYEPSHUMANA@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3115203182	**Tarifa:**	0,52200
Actividad Económica:	1711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 74849596	AUDENAR FLOREZ SANABRIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-717999	27/01/2025	CC 23836213	SANDRA CRISTINA ALEZONES ARDILA	1	0,52200	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_07
AFS 4 1 3 FR15 v 07

Código: d2eW4HcNMzH5CVlF9pbqJw==

Certificado impreso el día 26/01/2025 7:36:36 a. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

SANDRA CRISTINA
ALEZONES ARDILA
CC - 23836213

CONSORCIO INTER - HATO 2024
901899595

porvenir
sólo hay uno

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:

SANDRA CRISTINA ALEZONES ARDILA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **23.836.213**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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 de trabajador | Modificación
Traslado
Reintegro en el mismo mes SI NO
Indique última fecha de retiro

SGS

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: CC TI CE RC — 23.836.213
Lugar y fecha de expedición:
Sexo: F
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: ALZONES
Segundo apellido: ARDILA
Nombres: SANDRA CRISTINA
Fecha de Nacimiento: 1982 07 15
Teléfono: 3214514982
Dirección Residencia: CRA 27A Nº 14-56
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: Casado(a) | Soltero(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 01 27		Secretaria	1.423.500

Tipo de contrato: Obra Labor — Administrar Recursos Públicos SI NO — Servidor Público SI NO — Nivel Escolaridad: Profesional
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	Indígena 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: CONSORCIO INTERVIATO COKORAL - 2024
Teléfono: 3115203182
NIT, C.C. o C.E.: 901.899.595-7
Dependencia:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adicion Nombres:
Fecha de Nacimiento:
Recibe subsidio: SI NO
Retiro Tipo y número de identificación: CC TI CE RC
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, Sandra Cristina Alzones Ardila, identificado con cédula de ciudadanía No. ____ expedida en ____, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, 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.

Firma

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

Firma del trabajador(a)
CC TI RC CE No 23836213

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
03 FEB 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL
La información de este formato queda sujeta a verificación

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.

Versión 4 Aplica SuperSubsidio

Powered by CamScanner