COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901902372
Nombre:	CONSORCIO CANDELARIA		
Dirección:	CL 38 24 82		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	consorciocandelaria2024@gmail.com		
Teléfono:	3178560362	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5429001 CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERT		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 79793440	DIEGO HERNANDO DIAZ CASTELBLANCO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-658870	24/01/2025	CC 79591865	PEDRO ALEXANDER PARRA POVEDA	5	6,96000	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.

Código: hNtjTGoVxnkWMpsaTW8wdg==

Certificado impreso el día 23/01/2025 7:58:06 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva **01 8000 111170**, en Bogotá **(601) 330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

PEDRO ALEXANDER
PARRA POVEDA
CC - 79591865

CONSORCIO CANDELARIA
901902372

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

16. SANITAS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 17/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901902372
Nombre:	CONSORCIO CANDELARIA		
Dirección:	CL 38 24 82		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	consorciocandelaria2024@gmail.com		
Teléfono:	3178560362	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Economica:	4299001 CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERT		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 79793440	DIEGO HERNANDO DIAZ CASTELBLANCO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-440526	18/01/2025	CC 1118550065	JESCIKA LORENA BARRETO CAVARTE	5	6,96000	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.

Codigo: B7ejwP9yHsu1BAD2e6EvA== Certificado impreso el dia 17/01/2025 9:04:36 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 111170**, en Bogotá **(601) 330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JESCIKA LORENA
BARRETO CAVARTE
CC - 1118550065

CONSORCIO CANDELARIA
901902372

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901902372
Nombre:	CONSORCIO CANDELARIA		
Dirección:	CL 38 24 82		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	consorciocandelaria2024@gmail.com		
Teléfono:	3178560362	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5429001 CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERT		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 79793440	DIEGO HERNANDO DIAZ CASTELBLANCO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-658962	24/01/2025	CC 47436638	MADELEINE RODRIGUEZ GUTIERREZ	5	6,96000	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.

Código: mTxrLYEvJQU8ksyys2SUiQ==

Certificado impreso el día 23/01/2025 8:02:23 p. 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 111170**, en Bogotá **(601) 330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

MADELEINE
RODRIGUEZ GUTIERREZ
CC - 47436638

CONSORCIO CANDELARIA
901902372

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901902372
Nombre:	CONSORCIO CANDELARIA		
Dirección:	CL 38 24 82		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	consorciocandelaria2024@gmail.com		
Teléfono:	3178560362	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5429001 CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERT		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 79793440	DIEGO HERNANDO DIAZ CASTELBLANCO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-659043	24/01/2025	CC 1118554859	YILMER DE DIOS ALONSO	5	6,96000	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.

Código: bsQx6lrv/HE2A2Dw3EPWDQ==

Certificado impreso el día 23/01/2025 8:06:55 p. 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 111170**, en Bogotá **(601) 330 7000.**

YILMER
DE DIOS ALONSO
CC - 1118554859

CONSORCIO CANDELARIA
901902372

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 23/01/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901902372
Nombre:	CONSORCIO CANDELARIA		
Dirección:	CL 38 24 82		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	consorciocandelaria2024@gmail.com		
Teléfono:	3178560362	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5429001 CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERÍAS, FÁBRICAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS, VÍAS DE NAVEGACIÓN, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERT		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 79793440	DIEGO HERNANDO DIAZ CASTELBLANCO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-011-659109	24/01/2025	CC 1118550893	JUAN DAVID ACOSTA FUENMAYOR	5	6,96000	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.

Código: AdwDrtPFGGo03vNh/CGn7A==

Certificado impreso el día 23/01/2025 8:10:02 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA 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 111170**, en Bogotá **(601) 330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JUAN DAVID
ACOSTA FUENMAYOR
CC - 1118550893

CONSORCIO CANDELARIA
901902372

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT 830.251.449-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 24/01/2025

200352607

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Parra	Poveda	Pedro	Alexander

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	79.591.865	Femenino — Masculino X	F — M X — T — NB — Otro — Cuál	Colombiano

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombia	Casanare	Yopal	09/11/1972

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	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: Cll 38 Nº -24-82 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular	Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
3114950000	ing.alexanderparrap@gmail.com	Casanare	Yopal		Cabecera Municipal X — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número 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
			DD/MM/AAAA

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: País / Departamento / Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual		DD/MM/AAAA
B2				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual		DD/MM/AAAA
B3				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual		DD/MM/AAAA
B4				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual		DD/MM/AAAA
B5				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual		DD/MM/AAAA

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			

A. AFILIACIÓN

ADRES Res. 2388 de 2016 - Res. 3951 de 2016 - Res. 1885 de 2018 - Res. 2502 de 2019 - Res. 1536 de 2022 - Res. 2273 de 2023 - Res. 1161 de 2024

200352607

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
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 Candelario	NIT	901.902.372	

59. Ubicación
Dirección: Cll 38 Nº 24-82
Teléfono fijo o Celular: 3116765178
Correo Electrónico: consorciocandelario2024@gmail.com
Departamento: Casanare
Municipio / Distrito: 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	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	24 01 2025	Código	

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.
- [x] 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

X. ANEXOS

- [x] 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 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
		SOLICITUD PARA EPS	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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
1118544609
HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA

Sello de la Empresa

Sticker processamento
1118544609

8. REPORTE DE NOVEDADES

EPS Sanitas **REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

200341678

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1 Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reconocimiento de Novedades **X**

2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia **X** — Beneficiario o Afiliado adicional — C. Institucional — D. Colectiva — E. Uso Único

3. Régimen: A. Contributivo **X** — B. Subsidiado

4. Contribución solidaria: Si — No

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante **X** — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — 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 y beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Correo	Caberte	Jesaika	Lorena

9. Tipo de documento de identidad: CC

10. Número del documento de identidad: 1.118.550.065

11. Sexo biológico: Femenino **X** — Masculino

12. Sexo identificación: F **X** — M — T — NB — Otro — Cuál

13. Nacionalidad: Colombiano

14. Lugar de nacimiento: País: Colombia — Departamento: Casanare — Municipio: Orocue.

15. Fecha de nacimiento: 07 02 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia — 17. Comunidad — 18. Discapacidad: SI — NO — Categoría de discapacidad — 19. Tiene encuesta SISBÉN: SI — NO — 20. Clasificación SISBÉN: Nivel — Grupo — 21. Grupo de población especial

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

26. Residencia: Dirección: Cra 29ª Nº 29-28 — Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3113267110 — Correo Electrónico: lorenabcc@gmail.com

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres — Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad — 29. Número del documento de identidad — 30. Sexo biológico: Femenino — Masculino — 31. Sexo identificación: F — M — T — NB — Otro — Cuál — 32. Nacionalidad

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

Datos Básicos de Identificación de los Beneficiarios y de los afiliados adicionales

A. AFILIACIÓN

	35. 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							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Dirección — Localidad / Comuna — Correo Electrónico

B1
B2
B3
B4
B5

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT 830.251.639-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 24/01/2025

200352608

(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 C. Beneficiario 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
Rodriguez	Gutierrez	Madeleine	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	47.436.638	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro		Colombiano

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		D D M M A A A A
Colombia	Casanare	Aguazul		21/11/1977

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	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	$ 1.123.500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Carrera 12 Nº 17 A 30	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3143950498	sahid-24@hotmail.com

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número 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
País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

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	D D M M A A A A
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 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			

A. AFILIACIÓN

ADRES - FOSYGA - 2012/01/01 - VERSIÓN 2.0

200352608

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
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 Candelaria	NIT	901.902.372	

59. Ubicación
Dirección: Calle 38 N 24-82
Teléfono fijo o Celular: 3116765178
Correo Electrónico: Consorciocandelaria2024@gmail.com
Departamento: Casanare
Municipio / Distrito: 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	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	21 07 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
Madeleine Rodriguez	

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 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
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

SOLICITUD PRUEBA PARA ESTUDIO
HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609

OBSERVACIONES:

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		EPS SANITAS	1118544609

B. REPORTE DE NOVEDADES

EL REPORTE DE NOVEDADES

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

C
01
02
03
04
05

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social: Consorcio Candelaria | **56. Tipo documento de Identificación:** Nit | **57. Número del documento de identificación:** 901902372 - 4 | **58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)**

59. Ubicación
Dirección: Cll. 38 N° 24-82. | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico: Consorciocandelaria2024@gmail.com | Departamento: Casanare | Municipio / Distrito: 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 Interrupción FPN retorno al país
- [ ] 12 Vinculación a una entidad autorizada para recibir aportes colectivos
- [ ] 13 Desvinculación de una entidad autorizada para recibir aportes colectivos
- [ ] 14 Movilidad — A Régimen Contributivo — B Régimen Subsidiado
- [ ] 15 Traslado — A Mismo Régimen — B Diferente Régimen
- [ ] 16 Reporte de fallecimiento Cotizante o Cabeza de familia
- [ ] 17 Reporte de traslado de pensiones a cesantía
- [ ] 18 Reporte de la cesantía de una pensionado
- [ ] 19 Reporte de la cesantía de Pensionado
- [ ] 20 Ingreso a Contributivo Subsidiado
- [ ] 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 / I / 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
	16/01/2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69 Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y adultos mayores
- [ ] 70 Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 71 Declaración de inexistencia de vínculo de hecho o vida marital respecto de los documentos que acredite la condición de beneficiario
- [ ] 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 única y a las entidades públicas que por ley lo requieran
- [X] 75 Autorización para que la EPS consulte los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de que trata el artículo 10° del Decreto 2353 y el artículo 1377 de 2013
- [X] 76 Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto
- [ ] 77 Actualización de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de retirarse en caso contrario
- [ ] 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 hara 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: Juliet

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Otro: Diego Hernando Diaz.

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN / RC / TI / CC / CE / PA / CD / SC / PI
- [ ] 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 terminación de unión marital de hecho, 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 del certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada ante dos testigos
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numerales 4 y 5 del artículo 2 - 3 del Dec. 019 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

Otros 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	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES

Hace constar que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información consignada y de los anexos presentados en el presente Formulario

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
C.C. 1118544609
Nombre / Cliente Asesor Comercial
EPS SANITAS

Firma del Cotizante

1118544609
HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA

Firma del Funcionario

1118544609

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT 830.251.449-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 24/01/2025

200352602

(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 C. Beneficiario 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: Acosta	Segundo Apellido: Fuenmayor	Primer Nombre: Juan	Segundo Nombre: David

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	1.118.550.893	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro		Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	Colombia	Casanare	Yopal	05/05/1998

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	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
Carrera 29 Nº 25 A 25	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3195338803	juan.acostaf@con.edu.co

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

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	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

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			

A. AFILIACIÓN

ADRES - FOSYGA - MINSALUD - MINTRABAJO - MINHACIENDA - ICBF - SENA

200352602

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
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 Candelaria	NIT	901.902.372	

59. Ubicación
Dirección: Calle 38 N 24-82
Teléfono fijo o Celular: 3116765178
Correo Electrónico: Consorciocandelario@gmail.com
Departamento: Casanare
Municipio / Distrito: 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 (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
	21 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 Acosta	

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 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 (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)
		SOLICITUD PARA EPS		

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Asesor Comercial
EPS SANITAS

OBSERVACIONES:

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 processamento
1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA		1118544609

B. REPORTE DE NOVEDADES

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 24/01/2025, el empleador CONSORCIO CANDELARIA identificado con NIT número 901902372 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8237059	24/01/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1118554859	YILMERDE DIOS ALONSO	1423500	INSTALADOR DE REDES DE GAS	2025-01-24

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Enero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ComfaCasanare

Formato de Inscripción, Adición y Modificación
Caja de compensación familiar

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de documento		Lugar y fecha de expedición					CAUSAL NO ACEPTACIÓN
79.591.855		BOGOTA D.C 17/12/1990					
Primer apellido		Segundo apellido					
PARRA		POVEDA					
Nombres		Fecha de nacimiento			Teléfono		
PEDRO ALEXANDER		1972	09	01	3114950000		
Lugar de nacimiento		País					
YOPAL							

Estado civil: ☒ Casado(a) ☐ Unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a)

Correo electrónico: ing.alexanderperrap@gmail.com

CIUDAD	Fecha de ingreso a la empresa			Horas laboradas	CARGO	SUELDO BASICO
YOPAL	2025	01	24		DIRECTOR DE OBRA	1.423.500

Tipo de contrato: OBRA O LABOR — Aplica para subsidio: S ☑ N ☐ — Nivel educativo: PROFESIONAL

Profesión: INGENIERO CIVIL — Actividad calificada: S ☑ N ☐ — Tipo de Empleador:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ: — SUELDO BASICO

Vivienda: ☒ Propia ☐ Familiar ☐ Arrendada ☐ Hipoteca — ORIENTACIÓN SEXUAL: ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Medios de transporte:
- ☐ Vehículo
- ☐ Moto
- ☐ Bicicleta
- ☐ Transporte público
- ☐ Caminando
- ☐ Otro

Otros:
- ☐ Ninguno
- ☐ Pertenece a grupo étnico (Indígena, Afrodescendiente, Rom)
- ☐ Víctima del conflicto armado
- ☐ Desplazado
- ☐ Reinsertado
- ☐ Excombatiente

Información adicional:
- ☐ Cabeza de hogar
- ☐ Madre comunitaria
- ☐ Trabajador rural
- ☐ Otro

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		Teléfono
CONSORCIO CANDELARIA		3116765178
NIT O C.C. o C.E.	Dirección	
901.902.372	TALENTO HUMANO	

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido	Segundo apellido			
Nombres	Fecha de nacimiento	SUELDO BASICO	Recibe subsidio	
			SI	NO

Sexo: M ☐ F ☐ — EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA — CAUSA DE DESVINCULACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO AL

4. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (PADRES, HIJOS O HERMANOS)

Tipo y número de identificación — Sexo: M ☐ F ☐ — Edad — Causal de Aceptación

Primer apellido — Segundo apellido

Nombres — Fecha de nacimiento — Parentesco

Tipo y número de identificación — Sexo: M ☐ F ☐ — Edad — Causal de Aceptación

Primer apellido — Segundo apellido

Nombres — Fecha de nacimiento — Parentesco

Tipo y número de identificación — Sexo: M ☐ F ☐ — Edad — Causal de Aceptación

Primer apellido — Segundo apellido

Nombres — Fecha de nacimiento — Parentesco

Tipo y número de identificación — Sexo: M ☐ F ☐ — Edad — Causal de Aceptación

Primer apellido — Segundo apellido

Nombres — Fecha de nacimiento — Parentesco

Solicitud de Postulación: PEDRO ALEXANDER PARRA POVEDA
79.591.855 — BOGOTÁ D.C

Pedro Parra

79.591.855

ComfaCasanare Construimos Sueños!!!

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

Año Super Subsidio

Formato de Inscripción, Adición y Modificación
Caja de compensación familiar

FAFP017

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: CC | TI | CE | RC — 1.118.550.065
Lugar y Fecha de Expedición: YOPAL 05-MAR-2010
Sexo: M | F
CAUSAL NO ACEPTACIÓN

Primer apellido: BARRETO
Segundo apellido: CAVARTE
Nombres: JESCIKA LORENA
Fecha de Nacimiento: 1992 02 07
Teléfono: 3113267110
Dirección de residencia: CRA 29ª NO. 29-28
Barrio:
Estado Civil: Casado | Soltero | Separado | Unión Libre | Divorciado | Viudo
Correo electrónico de: jeresoc@gmail.com

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la Empresa	Horario de Trabajo	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL	2025 01 16	235	INGENIERO RESIDENTE	$1.423.500

Tipo de contrato: OBRA O LABOR — Aporte voluntario Resolución Pub. Sin $ NO — Salario Integral Pub. Sin $ NO — Nivel Educativo: PROFESIONAL
Profesión: RESIDENTE — Presenta Declaración de Renta: S NO — Tipo de Declaración:
El trabajador autoriza a No. De Salarios mínimos mensuales a cotizar:
SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ — SUELDO BÁSICO

Vivienda: Propia | Familiar | Arrendada | Prestada — ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual | Homosexual | Bisexual
Actividad económica:
Dependiente | Trabajador Sector Cooperativo NO DEPENDIENTE | Desempleado o de Vacaciones | Servicio Doméstico
Cuenta Propia | Trabajador Sector Informal | Estudiante con Contrato Laboral | Actividad Artística Independiente (No Contrato)
Pensionado | Trabajador Independiente | Estudiante con Trabajo Parcial | Ninguna
Actividad Cultural: Afrocolombiano | Comunidad Negra | No pertenece a ninguna | Raizal del Archipiélago de San Andrés | Palenquero y Lengua Palenquera | Rom - Gitano | Ninguna

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CONSORCIO CANDELARIA
Teléfono: 3206818828
NIT C.C. o C.E.: 901.502.372-4
Dirección:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Nombres:
Fecha de Nacimiento:
SUELDO BÁSICO:
Recibe subsidio: SI | NO
Tipo y número de identificación: CC | TI | CE | PA
EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA:
CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTA AFILIADO(A):
El cónyuge no tiene ni Cédula de Ciudadanía ni tarjeta de Identidad indique el número del acta de registro civil:

4. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (PADRES, HIJOS O HERMANOS)

Tipo y número de identificación: CC | TI | CE | RC
Sexo: M | F — Edad: — Causa no Afiliación:
Primer apellido:
Segundo apellido:
Nombres:
Fecha de Nacimiento:
Parentesco: Hijo | Padre | Hermano | Discapacitado

Tipo y número de identificación: CC | TI | CE | RC
Sexo: M | F — Edad: — Causa no Afiliación:
Primer apellido:
Segundo apellido:
Nombres:
Fecha de Nacimiento:
Parentesco: Hijo | Padre | Hermano | Discapacitado

Tipo y número de identificación: CC | TI | CE | RC
Sexo: M | F — Edad: — Causa no Afiliación:
Primer apellido:
Segundo apellido:
Nombres:
Fecha de Nacimiento:
Parentesco: Hijo | Padre | Hermano | Discapacitado

Tipo y número de identificación: CC | TI | CE | RC
Sexo: M | F — Edad: — Causa no Afiliación:
Primer apellido:
Segundo apellido:
Nombres:
Fecha de Nacimiento:
Parentesco: Hijo | Padre | Hermano | Discapacitado

En caso de no existir beneficiarios, el trabajador autoriza a esta Caja a pagar el subsidio a quien demuestre ser beneficiario conforme a la ley.

Solicitud de Datos Personales: Yo JESCIKA LORENA BARRETO CAVARTE identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.118.550.065 de YOPAL, autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Casanare para que haga uso de mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la misma, la cual puede ser consultada en la página web www.comfacasanare.com.co, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la reglamenten o modifiquen.

Jescika Barreto
Firma

Jescika Barreto
Firma del Trabajador
C.C. No. 1.118.550.065-5

OBSERVACIONES

PUNTO DE RADICACIÓN O COMFACASANARE: Nombre de Colaborador Autorizado

Constancia de Radicación
RECIBIDO EN LA OFICINA PRINCIPAL YOPAL
VIGILADO SUPERSUBSIDIO

Formato de inscripción,
Adición y Modificación
Caja de compensación familiar

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de documento de identificación	Número de identificación	Lugar y fecha de expedición	CAUSAL NO ACEPTACIÓN
CC	47.436.638	YOPAL 21/08/1997	X

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RODRIGUEZ	GUTIERREZ	MADELEINE	

Fecha de nacimiento (AAAA MM DD)	Teléfono
1977 07 24	3143950498

Dirección de residencia: CARRERA 12 N 17 A 30

Estado civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión libre ☑ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐

Correo electrónico: juan.acostaf@cun.edu.co

Ciudad	Fecha de ingreso (AAAA MM DD)	Fecha de retiro	CARGO	SUELDO BÁSICO
AGUAZUL	2025 01 24		PROFESIONAL HSE	1.423.500

Tipo de vinculación: OBRA O LABOR — Nivel educativo: P — Ocupación: PROFESIONAL — Nivel de cargo: PROFESIONAL HSE — Tiene a cargo personal: S ☑ — Tipo de contrato: S ☑

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE ADICIONAL — SUELDO BÁSICO

RESIDENCIA: Urbana ☐ Rural ☐ — ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐

ACTIVIDAD ECONÓMICA: Asalariado ☐ Trabajador de servicio doméstico ☐ Trabajador cuenta propia ☐ Desempleado ☐ Pensionado ☐ Independiente ☐ Trabajador familiar sin remuneración ☐ Estudiante ☐

ETNIA: Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena de etnia ☐ Raizal de San Andrés ☐ Palenquero ☐ Rom o Gitano ☐ Ninguna ☑

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
CONSORCIO CANDELARIA	3116765178

N.I.T. o C.C. o C.E.	Dependencia
901.902.372	TALENTO HUMANO

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Fecha de nacimiento	SUELDO BÁSICO	Recibe subsidio
		SI NO

Tipo de documento de identificación	Número de identificación	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)

4. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (PADRES, HIJOS O HERMANOS)

Tipo de documento de identificación	Número de identificación	Sexo	Edad	Ocupación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento (AAAA MM DD)	Discapacidad	Parentesco
		M F									
		M F									
		M F									
		M F									

Yo, MADELEINE RODRIGUEZ GUTIERREZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 47.436.638 expedida en YOPAL, manifiesto mediante este documento mi voluntad de afiliación a la Caja de Compensación Familiar Comfacasanare para recibir los servicios de la misma y autorizo el tratamiento de datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Caja y según lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Madeleine Rodriguez
Firma del trabajador
47.436.638

Madeleine Rodriguez Gutierrez
Firma del empleador

Comfacasanare
Construimos Sueños

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

Vr. Subsidio

Formato de Inscripción, Adición y Modificación
Caja de compensación familiar

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación		Lugar y fecha de Expedición			CAUSAL NO ACEPTACION
1.118.550.893		YOPAL 04/06/2010			
Primer apellido		Segundo apellido			
ACOSTA		FUENMAYOR			
Nombres		Fecha de nacimiento		Teléfono	
JUAN DAVID		1992 05 05		3195338803	
Dirección residencia					
CARRERA 29 N 25 A 25					
Estado Civil: Casado / Soltero / Unión libre / Separado / Viudo / Divorciado					
Correo electrónico	juan.acostaf@cun.edu.co				
Ciudad	Fecha de ingreso a la empresa	Hora ingreso	Cargo		SUELDO BASICO
YOPAL	2025 01 24		TECNICO		1.423.500
Tipo de contrato: OBRA O LABOR	Aporta pensión: S	Aporta salud: S	Nivel de educación: TECNICO		
Ocupación: TECNICO	Pertenece a comunidad negra: S	Tipo de cotizante:			
Si el trabajador labora en mas de una empresa registre aquí					SUELDO BÁSICO
Estado civil: Soltero / Unión libre / Casado / Viudo / Divorciado	ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual / Homosexual / Bisexual				
Nivel educativo: Sin estudios / Básica primaria incompleta / Básica primaria completa / Básica secundaria incompleta / Básica secundaria completa / Media académica incompleta / Media académica completa / Media técnica incompleta / Media técnica completa / Técnica profesional incompleta / Técnica profesional completa / Tecnológica incompleta / Tecnológica completa / Universitaria incompleta / Universitaria completa / Especialización incompleta / Especialización completa / Maestría incompleta / Maestría completa / Doctorado incompleta / Doctorado completa / Postdoctorado incompleta / Postdoctorado completa / No sabe					
Vivienda: Propia / Arriendo / Familiar / Otra	Estrato: 1 2 3 4 5 6	Zona: Urbana / Rural	Afiliación voluntaria: Si / No		

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		Teléfono
CONSORCIO CANDELARIA		3116765178
NIT O C.C. o C.E.	Departamento	
901.902.372	TALENTO HUMANO	

3. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

Primer apellido	Segundo apellido			
Nombres	Fecha de nacimiento	SUELDO BASICO	Recibe subsidio	
			SI	NO
Sexo: M / F	Tipo y número de identificación	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTA AFILIADO(A)	

4. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (PADRES, HIJOS O HERMANOS)

Tipo y número de identificación		Sexo: M / F	Edad	Caja de Compensación		
Primer apellido	Segundo apellido					
Nombres	Fecha de nacimiento		Parentesco	Vive con el trabajador	Padre hermano	Discapacidad
Tipo y número de identificación		Sexo: M / F	Edad	Caja de Compensación		
Primer apellido	Segundo apellido					
Nombres	Fecha de nacimiento		Parentesco	Vive con el trabajador	Padre hermano	Discapacidad
Tipo y número de identificación		Sexo: M / F	Edad	Caja de Compensación		
Primer apellido	Segundo apellido					
Nombres	Fecha de nacimiento		Parentesco	Vive con el trabajador	Padre hermano	Discapacidad
Tipo y número de identificación		Sexo: M / F	Edad	Caja de Compensación		
Primer apellido	Segundo apellido					
Nombres	Fecha de nacimiento		Parentesco	Vive con el trabajador	Padre hermano	Discapacidad

Solicitud de Datos Personales

Yo JUAN DAVID ACOSTA FUENMAYOR identificado con cédula de ciudadanía No. 1.118.550.893 expedida en YOPAL, en calidad de titular de mis datos personales, AUTORIZO de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a COMFACASANARE para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la entidad y para las finalidades relacionadas con el objeto de la Caja de Compensación Familiar, en especial para fines comerciales, publicitarios, de mercadeo, de afiliación, de prestación de servicios, de fidelización, de información, de encuestas, de estudios estadísticos, de actualización de datos, de gestión de cobro y de cumplimiento de deberes legales. Declaro que he sido informado sobre mis derechos como titular de datos personales, los canales para ejercerlos y el procedimiento establecido para ello, conforme a la política de tratamiento de datos personales de COMFACASANARE, la cual puede consultar en www.comfacasanare.com. Esta autorización se suscribe en la ciudad de YOPAL el día 24 del mes 01 del año 2025.

Juan Acosta
Firma del trabajador
C.C. 1.118.550.893
Huella dactilar

Comfacasanare
Construimos Sueños
Juan Acosta

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

VIGILADO Supersubsidio

Formato de Inscripción, Adición y Modificación
Caja de compensación familiar

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación				Lugar y fecha de Expedición			CAUSAL NO ACEPTACION
1.118.554.859				YOPAL 21/07/2011			
Primer apellido				Segundo apellido			
DE DIOS				ALONSO			
Nombres				Fecha de Nacimiento			Teléfono
YILMER				1993	06	19	3138748034
Dirección Residencia						Barrio	
CRA 9 N 45 A 43						PROGRESO 3	

Estado civil: Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Unión libre ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a ☐

Dirección electrónica: yilmerdedios@gmail.com

Ciudad		Fecha de ingreso a la empresa			Cargo asignado	Sueldo básico
YOPAL	2025	01	24		TECNICO	1.423.500

Tipo de contrato: OBRA O LABOR — Aprendiz SENA: ☐ — Practicante Profesional: ☐ — Tiene dependientes: TECNICO

Ocupación: TECNICO INSTALADOR — Pensionado: ☐ — Tipo de Empleado:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTANEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE ACA: — Sueldo básico

Vivienda: Propia ☐ Familiar ☐ Arrendada ☐ Otra ☐ — Orientación sexual: Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐

Información adicional del trabajador:
- Sin hijos ☐ — Hijos con derecho a cuota monetaria ☐ — Hijos con discapacidad ☐ — Cabeza de familia ☐
- Madre comunitaria ☐ — Hijos adoptivos ☐ — Padrastro o madrastra ☐ — Hijastros ☐
- Padre o madre cabeza de familia ☐ — Hijos en custodia ☐ — Padre o madre sustituta ☐ — Padre o madre comunitario ☐
- Hijos en condición de discapacidad ☐ — Padre o madre cabeza de familia (hijos menores) ☐
- Hijos en edad escolar ☐ — Hijos mayores de 18 años ☐ — No aplica ☐

Información adicional:
Independiente ☐ — Jornada completa ☐ — Trabajador de servicio doméstico ☐ — Pensionado y jornada completa ☐ — Rotación ☐ — No aplica ☐

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL			Teléfono
CONSORCIO CANDELARIA			3116765178
NIT O C.C. O C.E.		Departamento	
901.902.372		TALENTO HUMANO	

3. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido		Segundo apellido			
Nombres		Fecha de nacimiento	SUELDO BASICO	Recibe subsidio	
				SI	NO
Tipo y número de identificación		EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONOMICA		CAJA DE COMPENSACION A LA CUAL ESTA AFILIADO(A)	

Si ninguno de los dos trabaja, indique el nombre de la empresa donde labora el padre o madre afiliado a la Caja:

4. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (PADRES, HIJOS O HERMANOS)

Tipo y número de identificación				Sexo M	F	Edad	Cláusula de Abstención
Apellidos		Segundo apellido					
Nombres		Fecha de nacimiento		Hijo	Padre, hermano	Discapacitado	
				Parentesco			
Tipo y número de identificación				Sexo M	F	Edad	Cláusula de Abstención
Apellidos		Segundo apellido					
Nombres		Fecha de nacimiento		Hijo	Padre, hermano	Discapacitado	
				Parentesco			
Tipo y número de identificación				Sexo M	F	Edad	Cláusula de Abstención
Apellidos		Segundo apellido					
Nombres		Fecha de nacimiento		Hijo	Padre, hermano	Discapacitado	
				Parentesco			
Tipo y número de identificación				Sexo M	F	Edad	Cláusula de Abstención
Apellidos		Segundo apellido					
Nombres		Fecha de nacimiento		Hijo	Padre, hermano	Discapacitado	
				Parentesco			

Solicitud de Datos Personales

Yo YILMER DE DIOS ALONSO identificado con cédula de ciudadanía No. 1.118.554.859 de YOPAL manifiesto de manera expresa, libre y voluntaria que autorizo a la Caja de Compensación para que realice el tratamiento de mis datos personales de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Yilmer de dios
1.118.554.859

Yilmerdedios

ComfaCasanare
Construimos Sueños!!!

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL