
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
6.609.701
BRITO FLOREZ
APELLIDOS
CARLOS URIEL
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
19-JUN-1974
CRAVO NORTE
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
30-NOV-1993 CRAVO NORTE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-4001500-59150158-M-0006609701-20060831
00136 06243A 03 181432996

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14902316253

(415)7707212489984(8020) 000001490231625 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 6 6 0 9 7 0 1 | 2 | Impuestos y Aduanas de Arauca 3 4 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 6609701 | 1 9 9 3 1 1 3 0 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Arauca 8 1 | Cravo Norte 2 2 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BRITO | FLOREZ | CARLOS | URIEL |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Arauca 8 1 | Cravo Norte 2 2 0 |

41. Dirección principal: CR 8 B 7 A 03 BRR UNION

42. Correo electrónico: fraydeldetodas@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 4 8 5 3 1 6 1 0 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 5 3 | 1 9 9 5 0 4 0 1 | 9 0 0 7 | 2 0 1 8 0 1 0 1 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

53. Código 49

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

54. Código

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 03 - 11 / 10 : 25: 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BRITO FLOREZ CARLOS URIEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 11-03-2024 10:25:23AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARLOS URIEL BRITO FLOREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **6609701,** se encuentra afiliado/a desde **04/04/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de febrero de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO DE AFILIACION O NOVEDADES DE TRABAJADORES

| CODIGO | FT-GS-01 |
|---|---|
| VERSION | 14 |
| FECHA | 11 de diciembre de 2024 |

Comfiar
Caja de compensación familiar de Arauca

| NOVEDAD | | TIPO DE AFILIADO | |
|---|---|---|---|
| Afiliación Nueva | X | Dependiente | X |
| Cambio de Empresa | | Servicio Doméstico | |
| Actualización Datos | | Madre Comunitaria | |
| | | Taxista | |

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI | NO X

*La respuesta (SI), debe anexar Certificado de distinción como Veterano de la Fuerza Pública emitido por el Ministerio de Defensa.*

**Favor diligenciar todas las casillas, sin enmendaduras y en letra legible.*
**Lea cuidadosamente el instructivo para el diligenciamiento de este formulario.*

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA: | MAKIWI SAS | | |
| NIT: 900512122-2 | Dirección de la Empresa: CRA 8 No. 7-61 | Ciudad: CRAVO NORTE | |
| Departamento: ARAUCA | Correo electrónico de la empresa: cn.ojeda80@hotmail.com | Número telefónico: 3213731605 | |

## DATOS DEL TRABAJADOR (A)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Tipo de Identificación: CC X / CE / PPT / TI / PAS / PEP | No. Identificación: 6.609.701 | Fecha de Expedición: 30/11/1993 | Fecha de Nacimiento: 19/06/1974 | Sexo (Marque con una X): H / M X / I |
| | | Lugar Expedición: Cravo Norte | Ciudad Nacimiento: Cravo Norte | |
| 1er Apellido: BRITO | | 2do Apellido: FLOREZ | Nombres: CARLOS URIEL | |
| Estado Civil: (Marque con una X) UL. X / CAS. / SOL. / SEP. / DIV. / VIU. | | Fecha de Ingreso: 14/02/2025 | Salario Base: 1.423.500 | Tipo salario: X Fijo / Integral / Variable |
| Dirección Domicilio: Cra 8B No. 7A -03 | | | Barrio: La Unión | |
| Ciudad donde trabaja: Cravo Norte | Número Te: 3148531610 | | Nacionalidad: Colombiana | |
| Correo electrónico del trabajador: hecima@hotmail.com | | | Tipo de contrato: (Marque con una X) Fijo X / Indefinido | Horas Laboradas en el Mes: (Marque con una X) 120 / 240 |
| E.P.S Donde está Afiliado (A): Sanitas EPS | Cargo: Jurado | Profes: Agente Cultural | Fecha terminación: | |

| Sector Agropecuario: | Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014) | Vivienda: | Zona: | Cap. Trabaj. |
|---|---|---|---|---|
| (Marque con una X) SI / NO X. *La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.* | (Marque con una X) Agricultura / Silvicultura / Ganadería / Pesca / Avicultura / Apicultura. *Anexar certificación por parte de la empresa de la Actividad seleccionada* | (Marque con una X) Propia X / Familiar / Arrendada / Hipoteca | (Marque con una X) Rural / Urbana X | (Marque con una X) Normal X / Discapac. |

"*120 horas- anexar copia contrato*". *(Decreto 2616 de 2013).*

Grado Escolaridad: (Marque con una X)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Preescolar | | Básica Adultos | | Técnico/ Tecnológico | X |
| Básica | | Secundaria Adultos | | Profesional Universitario | |
| Secundaria | | Media Adultos | | Posgrado / Maestría | |
| Media | | Primera Infancia | | Ninguno. | |

No Disponible

| Labora simultáneamente con otra Empresa Nombre o Razón Social: | Nit: | Salario: |
|---|---|---|
| | | |

**Pertenencia Étnica** (Marque con una X)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Afrocolombiano | | Indígena | | Raizal de Archipiélago de San Andrés | | No se AUTO RECONOCE en ninguno | |
| Comunidad Negra | | Palenquero | | ROOM/ GITANO | | No Disponible | X |

| Resguardo Indígena: | Pueblo Indígena: |
|---|---|
| | |

## DATOS SENSIBLES RESPONDE SI / NO X

**Factor Vulnerabilidad:** (Marque con una X)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Desplazado. | Damnificado desastre natural | Población Migrante | No Disponible X |
| Victima del conflicto armado (No desplazado) | Cabeza de Familia | Población zonas fronteras (Nacionales) | |
| Desmovilizado o Reinsertado | Hijos (as) de madres cabeza de Familia | Ejercicio del trabajo sexual | |
| Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados | En condición de Discapacidad | No Aplica | |

Vigilado Supersubsidio

| **Orientación Sexual:** (Marque con una X) | | |
|---|---|---|
| Heterosexual | X | Bisexual | |
| Homosexual | | Información No disponible | |

**Heterosexual.** Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
**Homosexual.** Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de su mismo sexo
**Bisexual.** Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.
B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.
C) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como "datos sensibles" para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.
D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca-COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53,56, y 67 del numeral 1 de la ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la ley 527 de 1994, articulo 43 del Decreto 229 de 1995 y el articulo 10 del Decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985. SI NO

Uriel Brito Florez

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

**FIRMA DEL EMPLEADOR**

**PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR**

| SELLO DE RADICADO | DIGITALIZADO POR |
|---|---|

**Observaciones:**

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, **CARLOS URIEL BRITO FLOREZ** identificado con **CC** No. **6609701,** registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| MAKIWI SAS - NI.<br>900512122 | **Fecha de inicio de cobertura :** 14/02/2025<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1 |

Para validar la información emida en este cerficado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes):202501014622122.

Esta cerficación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010