(3)

SPGR
Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías

## Orden de pago "Comprobante"

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHrmaldona | RUDIT ELVEIRA MALDONADO RODRIGUEZ |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 03-850003 | EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A. E.S.P. |
| Fecha y Hora Sistema: | 2025-02-20-8:41 a. m. | |

### ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 191767125 | **Fecha Registro:** | 2025-02-19 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | 03-850003 EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A. E.S.P. | | |
| **Estado:** | Autorizada | | | **Nro Obligación:** | 425 | **Comprobante Contable de la Generación:** | |
| **Fecha Máxima Pago:** | 2025-02-24 | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Bruto:** | 2.926.829.976,00 | **Valor Deducciones:** | 146.341.499,00 | **Valor Neto:** | 2.780.488.477,00 | **Saldo x Pagar:** | 2.926.829.976,00 |

### VALORES PAGADOS

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TRM Pago** | | **Valor Bruto** | | Valor Deducciones | 0,00 | Valor Neto | | Moneda Base Compra | | **Valor MBC** | |

### REINTEGROS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Numeros** | | | | **No Recaudo:** | |
| **Bruto Reintegrado Pesos:** | 0,00 | **Reintegrado Deducciones Pesos:** | 0,00 | **Reintegrado Neto Pesos:** | 0,00 |
| **Bruto Reintegrado Moneda:** | 0,00 | **Reintegrado Deducciones Moneda:** | 0,00 | **Reintegrado Neto Moneda:** | 0,00 |

### TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 901902370 | **Razón Social:** | CONSORCIO CAFETERA | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

### CUENTA BANCARIA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 409203304 | **Banco:** | BANCO DE BOGOTA S. A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

| **TESORERIA** | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01-130100-DT - Direccion Nacional del Tesoro | **Número:** | | **Tipo:** | | **Fecha:** | | |

**Tipo Beneficiario Pago** 01 - Beneficiario final

### ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

| DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | REC | SIT | VALOR | | VALOR PAGADO | | VALOR REINTEGRADO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | PESOS | MONEDA | PESOS | MONEDA | PESOS | MONEDA EXTRANJERA |
| 03-850003 EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A. E.S.P. / 00AD-2101-1900-2024-00585-0127 CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DE REDES DE GAS NATURAL PARA LAS VEREDAS Y ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE TÁMARA CASANARE | | | | | | | | | |
| | Nación | AD85000 | CSF | 2.926.829.976,00 | 0,00 | | | | |

### DEDUCCIONES

| POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES | | TERCERO | | TARIFA | VALOR | VALOR AJUSTADO PAGO | VALOR REINTEGRADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2-10-01 | CONTRIBUCIÓN CONTRATO OBRA PÚBLICA | 844004576 | EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A. E.S.P. | 5,000 % | 146.341.499,00 | | |

| LINEAS DE PAGO VINCULADA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC | PODICION DEL CATALOGO DE PAC | FECHA | VALOR | ATRIBUTO LINEA DE PAGO | ESTADO |
| 03-850003 - EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A. E.S.P. | SGR-ADIR - ASIGNACIONES DIRECTAS | 2025-02-13 | 2.926.829.976,00 | 10 ANTICIPO ADQUISICION BIENES Y SERVICIOS | Autorizada |

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**

SPGR
Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías

## Obligación Presupuestal "Comprobante"

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHymendive | YURI MENDIVELSO CACERES |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 03-850003 | EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A. E.S.P. |
| Fecha y Hora Sistema: | 2025-02-13-11:56 a. m. | |

### REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 425 | **Fecha Registro:** | 2025-02-13 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | 03-850003 EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A. E.S.P. | | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generada | **Requiere DIP:** | No | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 2.926.829.976,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | **Valor Actual:** | 2.926.829.976,00 | **Saldo x Ordenar:** | 2.926.829.976,00 | | |
| **Valor Inicial Moneda Original:** | 0,00 | **Valor Total Operaciones Moneda Original:** | 0,00 | **Valor Actual Moneda Original:** | 0,00 | **Saldo x Ordenar Moneda Original:** | 0,00 | | |
| **Valor Deducciones:** | 146.341.499,00 | **Valor Neto:** | 2.780.488.477,00 | **Nro. Compromiso:** | 6825 | **Nro. Cdp:** | 6825 | | |
| **Valor Deducciones Moneda:** | 0,00 | **Valor Neto Moneda:** | 0,00 | **Atributo Contable:** | 10-ANTICIPO ADQUISICION BIENES Y SERVICIOS | **Comprobante Contable:** | | | |

**TERCERO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificacion:** | 901902370 | **Razon Social:** | CONSORCIO CAFETERA | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 409203304 | **Banco:** | BANCO DE BOGOTA S. A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Registro Previo |

| **CUENTA X PAGAR** | | | | **CAJA MENOR** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 425 | **Tipo:** | Sistema General de Regalías | **Identificacion:** | | **Fecha de Registro:** | |

**DOCUMENTO SOPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | | **Tipo:** | | **Fecha:** | |

**ITEM PARA AFECTACION DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO RECURSO | SITUAC. | DETALLE MOVIMIENTOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL. | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL | SALDO X ORDENAR |
| 03-850003 EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A. E.S.P. | 00AD-2101-1900-2024-00585-0127 CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DE REDES DE GAS NATURAL PARA LAS VEREDAS Y ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE TÁMARA CASANARE | Nación | AD85000 | CSF | 2025-02-13 | | | | |
| | | | | | Total: | 2.926.829.976,00 | 0,00 | 2.926.829.976,00 | 2.926.829.976,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | FECHA DE PAGO | ESTADO | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| 03-850003 EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A. E.S.P. | SGR-ADIR ASIGNACIONES DIRECTAS | 2025-02-13 | Generada | 2.926.829.976,00 |

SPGR
Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías

**Obligación Presupuestal "Comprobante"**

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHymendive | YURI MENDIVELSO CACERES |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 03-850003 | EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A. E.S.P. |
| Fecha y Hora Sistema: | 2025-02-13-11:56 a. m. | |

**POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL**

| POSICION DEL CATALOGO DE PAGO | IDENTIFICACION | NOMBRE BENEFICIARIO | BASE GRAVABLE | TARIFA | VALOR DEDUCCION | SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2-10-01 CONTRIBUCIÓN CONTRATO OBRA PÚBLICA | NIT 844004576 | EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A. E.S.P. | 2.926.829.976,00 | 5,000 % | 146.341.499,00 | 146.341.499,00 |

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**

SPGR
Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías

## Cuenta por pagar Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHymendive | YURI MENDIVELSO CACERES |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 03-850003 | EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A. E.S.P. |
| Fecha y Hora Sistema: | 2025-02-13-11:52 a. m. | |

**CUENTAS POR PAGAR**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 425 | **Fecha Registro:** | 2025-02-13 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | 03-850003 EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A. E.S.P. | | |
| **Estado:** | Radicada | **Tipo de Cuenta x Pagar:** | Sistema General de Regalías | **Nro. Compromiso:** | 6825 | **Nro. Cdp:** | 6825 |
| **Caja menor-Identif.:** | | **Caja Menor-Fecha Registro:** | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Antes del Iva:** | 2.926.829.976,00 | **Valor Iva:** | 0,00 | **Valor Total:** | 2.926.829.976,00 | **Valor Total Moneda Orig.:** | 0,00 |

**TERCERO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Identificacion:** | 901902370 | **Razon Social:** | CONSORCIO CAFETERA |

**DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS**

| CODIGO | DESCRIPCION |
|---|---|
| 11 | CUENTA DE COBRO |

| | |
|---|---|
| **Objeto.:** | CTO OBRA 004 DE 2025. PAGO ANTICIPO 40% SEGÚN ACTA N°1 DE INICIO DE 2025: CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DE REDES DE GAS NATURAL PARA LAS VDAS Y AREA URBANA DEL MCPIO DE TAMARA CASANARE. |

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**

# EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A E.S.P NIIF
## COMPROBANTE CONTABLE



**EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A E.S.P NIIF**

**NOTA CONTABLE 8 No. 11**

Cia: **2** Nit: 844004576

Estado: INSERTADO **Fecha: 13-02-2025**

Concepto: CTO OBRA 004 DE 2025. PAGO ANTICIPO 40% SEGÚN ACTA N°1 DE INICIO DE 2025: CONSTRUCCIÓN Y

| CUENTA / Nro Rengl | Nombre Cuenta / Auxiliar / Concepto | Fecha Doc. | C.costo | VALOR DEBITOS | VALOR CREDITOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 24079001010 | IMPUESTO DE GUERRA - LEY 1106/2006 | 13-02-2025 | | | 146,341,499.00 |
| 2 | 901902370 CONSORCIO CAFETERA | | 38901 | | |
| | COB 004 DE 2025. PAGO ANTICIPO 40% SEGÚN ACTA N° | | | | |
| 13849001004 | CUENTA POR COBRAR SPGR - SSF | 13-02-2025 | | 146,341,499.00 | |
| 3 | 899999090 MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUB | | 38901 | | |
| | CTO OBRA 004 DE 2025. PAGO ANTICIPO 40% SEGÚN AC | | | | |

Elaboró: YMENDIVELSO Revisó: _____

| | | |
|---|---|---|
| **TOTAL** | 146,341,499.00 | 146,341,499.00 |

| FECHA | | | ACTA N° 01 DE INICIO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 03 | 02 | 2025 | CONTRATO | DE OBRA | N° | 004 | DE | 2025 |

A. GRADO DE RESPONSABILIDAD

1) Mediante la suscripción de la presente acta de inicio, el interventor y/o supervisor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida y otros aspectos inherentes al inicio de la relación contractual, tales como:

- Fecha de iniciación de la relación contractual.
- Valor de la relación contractual.
- Plazo y términos establecidos.
- Cumplimiento de las condiciones técnicas, financieras y administrativas para la ejecución.
- Revisión del personal ofrecido en la propuesta.
- Revisión de la afiliación del personal ofrecido al régimen obligatorio de salud, pensión y riesgos profesionales, si se requiere.
- Hoja de vida y tarjeta profesional del contratista y de los demás profesionales que intervienen, si se requiere.

En consecuencia el contratista inicia la ejecución de la relación contractual bajo la responsabilidad y autorización expresa del interventor y/o supervisor de la misma.

2) El contratista manifiesta que antes de presentar la propuesta, conoció las condiciones de trabajo.

**B. INFORMACION GENERAL**

| | |
|---|---|
| **OBJETO:** | "CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACION DE REDES DE GAS NATURAL PARA LAS VEREDAS Y AREA URBANA DEL MUNICIPIO DE TAMARA, CASANARE". |
| **DERIVADO DEL OCAD** | 00AD-2101-1900-2024-00585-0127 |
| **CONTRATISTA:** | CONSORCIO CAFETERA |
| **NIT:** | 901902370-1 |
| **REPRESENTANTE LEGAL:** | MARIA DIOMY BARRERA ALFONSO |
| **C.C.** | 47.436.168 DE YOPAL |
| **FECHA DE PERFECCIONAMIENTO:** | 1 de enero de 2025 |
| **FECHA DE LEGALIZACIÓN:** | 21 DE ENERO DE 2025 |
| **VALOR:** | $ 7.317.074.940 |
| **PORCENTAJE DE ANTICIPO:** | 40% |
| **VALOR DEL ANTICIPO:** | $ 2.926.829.976 |
| **PLAZO:** | SEIS (6) MESES |
| **FECHA PRESENTE ACTA:** | 3 de febrero de 2025 |
| **FECHA INICIO DE ACTIVIDADES:** | 3 de febrero de 2025 |
| **FECHA CONTRACTUAL PREVISTA DE TERMINACIÓN:** | 02 DE AGOSTO DE 2025 |
| **INTERVENTOR:** | CONSORCIO INTER-GAS TAMARA 2024 R/L AUDENAR FLOREZ SANABRIA |
| **SUPERVISORES DE LA INTERVENTORIA:** | ELKIN OMAR ROMERO CAMARGO<br>LUIS RENE GRANADOS VARGAS |

En la Empresa de Energía de Casanare S.A. ESP. Municipio de Yopal, Departamento de Casanare, a los TRES (03) días del mes de febrero de 2025; se reunieron: MARIA DIOMY BARRERA ALFONSO identificada con cédula de ciudadanía N° 47.436.168 de Yopal, en calidad de representante legal de la firma contratista CONSORCIO CAFETERA con NIT 901902370-1 y el interventor AUDENAR FLOREZ SANABRIA identificado con cedula de ciudadania 74.849.596 de Orocue, en calidad de representante legal de la firma contratista CONSORCIO INTER-GAS TAMARA 2024 con NIT 901900588-9, de conformidad con lo establecido en el Contrato de Obra N° 004 de 2025; con el fin de suscribir la presente acta de iniciación.

**C. ESTADO JURÍDICO**

**C.1. RECIBO DE DOCUMENTOS**

Se deja constancia que en la carpeta de la relación contractual iniciada, reposan los siguientes documentos, requeridos para dar inicio a la ejecución de la misma, así:

| IMPUESTOS Y/O ESTAMPILLAS | | | SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Impuesto aplicable | Valor | N° de recibo | Aporte aplicable | Periodo de cotización | |
| Pro-Deporte | $ 182.926.900 | 3322 | Salud | | |
| Pro-cultura | $ 73.170.700 | 21707 | Pensión | | |
| Pro-Adulto mayor | $ 219.512.200 | 5719 | ARL | | |
| Pro-Desarrollo Departamental | $ 73.170.700 | 5998 | Parafiscales | | |
| Pro-Unitropico | $ 109.756.100 | 2951 | Otro: | | |
| Otro | | | | | |
| Cual? | | | Cual? AFILIACIONES | | |

GESPROY

ENERCA S.A.E.S.P. REVISADO OFICINA DE CONTRATACIÓN

Vigilado Superservicios

| FECHA | | | ACTA N° 01 DE INICIO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 03 | 02 | 2025 | CONTRATO | DE OBRA | N° | 004 DE | 2025 |

**C.2 GARANTIAS**

La relación contractual establece garantías (pólizas)? Sí ☑ No ☐ En que cláusula? QUINTA

| AMPARO APLICABLE | N° PÓLIZA | ENTIDAD ASEGURADORA | VALOR ASEGURADO | VIGENCIA Desde | VIGENCIA Hasta |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumplimiento | 57-45-101003120 | SEGUROS DEL ESTADO S.A. | $ 731.707.494,00 | 8/01/2025 | 18/11/2025 |
| Buen manejo del anticipo | 57-45-101003120 | SEGUROS DEL ESTADO S.A. | $ 2.926.829.976,00 | 8/01/2025 | 18/11/2025 |
| Prestaciones sociales | 57-45-101003120 | SEGUROS DEL ESTADO S.A. | $ 731.707.494,00 | 8/01/2025 | 18/07/2028 |
| Estabilidad de la obra | 57-45-101003120 | SEGUROS DEL ESTADO S.A. | $ 1.463.414.988,00 | 8/01/2025 | 8/01/2030 |
| Res. Civil extracontrac. | 57-40-101003132 | SEGUROS DEL ESTADO S.A. | $ 731.707.494,00 | 8/01/2025 | 18/11/2025 |
| Otro | | | | | |
| Cual? | | | | | |

**D. ESTADO FINANCIERO**

**D.1. IMPUTACION PRESUPUESTAL**

| RUBRO | CDP N° | FECHA CDP | VALOR CDP | RP N° | FECHA RP | VALOR RP |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 00AD-2101-1900-2024-00585-0127 | 6825 | 20/01/2025 | $ 7.317.074.940,00 | 6825 | 21/01/2025 | $ 7.317.074.940,00 |

**D.2 VALOR A PAGAR EN PRESENTE ACTA POR CONCEPTO DE ANTICIPO**

**$ 2.926.829.976,00**

**SON: DOS MIL NOVECIENTOS VEINTISÉIS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS**

**E. OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron, el 03 de febrero de 2025.

**CONSORCIO CAFETERA**
**R/L MARIA DIOMY BARRERA**
CONTRATISTA

**CONSORCIO INTER-GAS TAMARA 2024**
**AUDENAR FLOREZ SANABRIA**
INTERVENTOR

**LUIS RENE GRANADOS VARGAS**
SUPERVISOR DE LA INTERVENTORIA

**ELKIN OMAR ROMERO CAMARGO**
SUPERVISOR DE LA INTERVENTORIA

*Elaboró: MARIA DIOMY BARRERA*
*Representante legal*

*Revisó: DIANA GONZALEZ*
*Oficina Juridica*

*Ricardo Leon Pulido Aguirre*
*Apoyo a la Supervisión*
*OPS 391 de 2024*

Original Oficina Contratación | 1ra copia: Interventor | 2da copia: Contratista

GESPROY

ENERCA S.A. E.S.P. REVISADO OFICINA DE CONTRATACIÓN

ENERCA S.A. E.S.P. CUENTAS
Radicado No.: 191
Fecha: 12-02-25 Hora: 10:53
Recibido por:

## DATOS GENERALES

FECHA: 05 02 2025

**CONTRATO U ORDEN No.** 004 DE 2025

**CLASE:** PRESTACION DE SERVICIOS ☐ OBRA ☑ OTRO ☐
CONSULTORÍA ☐ SUMINISTRO O COMPRA ☐

DERIVADO DE CONTRATO O CONVENIO INTERADMINISTRATIVO U OTRO SI ☐ NO ☑

OBJETO DEL CONTRATO: "CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACION DE REDES DE GAS NATURAL PARA LAS VEREDAS Y AREA URBANA DEL MUNICIPIO DE TAMARA, CASANARE".

VALOR $7.317.074.940
CONTRATISTA: CONSORCIO CAFETERA NIT 901902370-1 ANTICIPO 40%
SUPERVISORES : ELKIN OMAR ROMERO CAMARGO INTERVENTOR INTER-GAS TAMARA 2024
LUIS RENE GRANADOS VARGAS

## DATOS ESPECÍFICOS

El anticipo se debe utilizar exclusivamente para la inversión en elementos e insumos básicos , costos de personal, para la ejecución de los ítems del Presupuesto que representen el mayor porcentaje del valor del contrato, dándole prioridad a los que se encuentren dentro de la ruta crítica del cronograma a ejecutar.

| No. | DESCRIPCIÓN | VALOR | % |
|---|---|---|---|
| 1 | COMPRA DE MATERIALES Y ACCESORIOS | $ 1.317.073.489,20 | 45% |
| 2 | TRANSPORTE DE MATERIALES | $ 58.536.599,52 | 2% |
| 3 | PAGO DE SALARIOS Y MANO DE OBRA | $ 1.170.731.990,40 | 40% |
| 4 | ADMINISTRACIÓN Y VARIOS | $ 380.487.896,88 | 13% |
| | TOTAL | $ 2.926.829.976,00 | 100% |

NOTAS:
a) Los porcentajes se toman sobre el 100% del valor del anticipo recibido por el contratista.

Elaboró:
Firma
Nombre
CONSORCIO CAFETERA
MARIA DIOMY BARRERA ALFONSO
Contratista

Revisó:
Firma
Nombre
CONSORCIO INTERGAS TAMARA 2024
AUDENAR FLOREZ SANABRIA
Interventor

Enterado
Firma
Nombre
ELKIN OMAR ROMERO CAMARGO
Supervisor de Interventoria

Enterado
Firma
Nombre
LUIS RENE GRANADOS VARGAS
Supervisor de Interventoria

GESPROY

Original:
1era Copia: Interventor
2da Copia: Contratista
3era Copia: Supervisor Proyecto y/o Contrato

| FECHA | RELACION CONTRACTUAL | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5/02/2025 | CONTRATO | DE OBRA | N° | 004 | DE 2026 |

**A. GRADO DE RESPONSABILIDAD**

1) Mediante la presente certificacion del centro de costos, el interventor y/o supervisor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida y otros aspectos inherentes al centro de costos y lugar de ejecucion de la relacion contractual como:
- Valor de los costos y gastos contenidos en esta certificacion.
- Las asignaciones de las actividaes a cada negocio o proceso son de acuerdo a la realidad.
- El valor contenido en la certificacion del centro de costos corresponde al acta presente para pago.

**B. INFORMACION GENERAL**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | "CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACION DE REDES DE GAS NATURAL PARA LAS VEREDAS Y AREA URBANA DEL MUNICIPIO DE TAMARA, CASANARE". | | | |
| CONTRATISTA: | CONSORCIO CAFETERA | | | |
| NIT: | 901902370-1 | | | |
| REPRESENTANTE LEGAL: | MARIA DIOMY BARRERA ALFONSO | | | |
| C.C. | 47.436.168 DE YOPAL | | | |
| TIPO DE ACTA | ACTA DE INICIO | | | |
| N° DE ACTA | 1 | | | |
| INTERVENTOR: | CONSORCIO INTER-GAS TAMARA 2024 R/L AUDENAR FLOREZ SANABRIA | | | |
| SUPERVISOR: | LUIS RENE GRANADOS VARGAS<br>ELKIN OMAR ROMERO CAMARGO | | | |
| FECHA PRESENTE CERTIFICACION: | 5/02/2025 | | | |
| VALOR TOTAL DE LA PRESENTE CERTIFICACION | | | | 2.926.829.976,00 |
| VALOR SUMISTRO DE MATERIALES CON INGRESO | CONSECUTIVO DE LA ENTRADA: | | FECHA: | - |
| VALOR COSTOS Y GASTOS DIRECTOS | | | | 2.926.829.976,00 |

**C. INFORMACION CENTRO DE COSTOS**

| NEGOCIO | PROCESO | ACTIVIDADES POR CECOS | MUNICIPIO | TIPO DE SERVICIO Y/O CONTRATO | % ACTIVIDADES | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| OTROS NEGOCIOS | OTROS_NEGOCIOS | (38901) CONVENIOS BPIN 2024005850127 | TAMARA | OTROS | 100% | 2.926.829.976,00 |
| | | | | | | - |
| | | | | | | - |
| | | | | | | - |
| | | | | | | - |
| | | | | | | - |
| | | | | | | - |
| | | | | | | - |
| | | | | | | - |
| | | | | | | - |
| SUBTOTAL | | | | | 100% | 2.926.829.976,00 |
| TOTAL CERTIFICACION | | | | | 100% | 2.926.829.976,00 |

**D. OBSERVACIONES**

Para constancia de lo anterior, firman la presente certificacion los que en ella intervinieron, el FEBRERO 5 DE 2025

CONSORCIO TERRAZAS
R/L MARIA DIOMY BARRERA ALFONSO
CONTRATISTA

CONSORCIO INTER-HATO 2024
AUDENAR FLOREZ SANABRIA
INTERVENTOR

ELKIN OMAR ROMERO CAMARGO
SUPERVISOR DE INTERVENTORIA

LUIS RENE GRANADOS VARGAS
SUPERVISOR DE INTERVENTORIA

GESPROY

ENERCA S.A.E.S.P.
REVISADO
OFICINA DE CONTRATACIÓN

# CONSORCIO CAFETERA

## NIT: 901902370-1

**PLAN DE PAGOS CONTRATO 004 DE 2025**

| FECHA | 04 | 02 | 2025 |
|---|---|---|---|

**CONTRATO No.** 004 DE 2025
**BPIN** 2024005850127

RP SPGR 6825

**CLASE:**
PRESTACION DE SERVICIOS ☐ OBRA ☑ OTRO ☐
CONSULTORÍA ☐ SUMINISTRO O COMPRA ☐

REGISTRO INICIAL SI ☑ NO ☐

**OBJETO DEL CONTRATO:** "CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACION DE REDES DE GAS NATURAL PARA LAS VEREDAS Y AREA URBANA DEL MUNICIPIO DE TAMARA, CASANARE".

**VALOR** $7.317.074.940 **ANTICIPO** 40%
**CONTRATISTA:** CONSORCIO CAFETERA NIT. 901902370-1 **SUPERVISOR** ELKIN OMAR ROMERO CAMARGO
R/L. MARIA DIOMY BARRERA ALFONSO

**FORMA DE PAGO**

El valor total del presente contrato para efectos legales y fiscales es la suma de SIETE MIL TRECIENTOS DIECISIETE MILLONES SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($7.317.074.940). El valor del presente contrato se pagara de la siguiente forma: a) Un anticipo correspondiente al 40% del valor del contrato, este se entregara una vez suscrita el Acta de Iniciacion correspondiente, presentacion del Plan de Inversion del Anticipo, Cronograma de actividades, Plan de pagos por SPGR, pagos de aportes parafiscales y seguridad social, programa de seguridad y salud en el trabajo, certificacion de apertura de cuenta bancaria conjunta (los rendimientos que llegaren a producir deberan ser reintegrados). b) Mediante actas parciales, hasta el 90% del valor del contrato, de acuerdo al avance del proyecto (hasta la amortizacion total del anticipo, en todo caso, el Contratista debera amortizar con cada acta parcial, como minimo, el mismo porcentaje que se entrega en calidad del anticipo, la interventoria contratada podra exigir un porcentaje de amortizacion mayor para garantizar la amortizacion total con los pagos parciales), previo a la entrega informe parcial con soportes y pagos de aportes parafiscales y seguridad social, certificacion de cumplimiento por parte del supervisor y/o interventor. c) Un 10% restantes del valor de la obra se cancelara una vez recibido el objeto a satisfaccion por la Empresa, previa Factura o Cuenta de cobro, Entrega de informe Final y pago de aportes parafiscales y seguridad social, evaluacion al Contratista por parte del Supervisor o Interventor, diligenciamiento de la encuesta de satisfaccion, Certificacion Bancaria y consignacion de los rendimientos financieros ENERCA S.A E.S.P y suscripcion del Acta de Terminacion, Acta de Recibo Final y Liquidacion Final a entera satisfaccion de la Empresa.

| PAGO N° | FECHA | DESCRIPCIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|
| 1 | 5/02/2025 | Anticipo | $ 2.926.829.976 |
| 2 | 1/03/2025 | Acta parcial No 1 | $ 2.195.122.482 |
| 3 | 2/05/2025 | Acta parcial No 2 | $ 1.463.414.988 |
| 4 | 28/06/2025 | ACTA DE LIQUIDACION | $ 731.707.494 |
| TOTAL | | | $ 7.317.074.940 |

La presente programación se presenta el 04 de febrero de 2025.

CONSORCIO CAFETERA
R/L. MARIA DIOMY BARRERA ALFONSO
CONTRATISTA

LUIS RENE GRANADOS VARGAS
ENERCA S.A. E.S.P.
Líder supervision e interventoria

GESPROY

Scanned with CamScanner

Yopal 10-01-2025

**BANCO DE BOGOTA**

**INFORMA:**

Que la empresa **CONSORCIO CAFETERA** identificado con **Nit No 9019023701** está vinculado(a) al **BANCO DE BOGOTA** a través de la **CTA AHO CONJUNTA No. 409203304, creada para el manejo del anticipo de contrato N 004 de 2025, que tiene por objeto construcción y ampliación de redes de gas natural para las veredas y área urbana del municipio de Tamara, Casanare,** cuenta aperturada el día 03 de Enero de 2025, este producto se encuentra en estado **ACTIVO**.

este producto se encuentra activo. Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 13 de Enero de 2025, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Banco de Bogotá
OF. UNICENTRO YOPAL

Jenifer Natalia Castañeda

# AFILIACIONES

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 30/01/2025

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901902370 |
| **Nombre:** | CONSORCIO CAFETERA | | |
| **Direccion:** | CL 30 28 46 | | |
| **Departamento:** | CASANARE | **Municipio:** | YOPAL |
| **Correo electronico:** | consorciocafetera2024@gmail.com | | |
| **Teléfono:** | 31 [illegible] | **Tarifa:** | 6.96000 |
| **Actividad Económica:** | 4299001 CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL INCLUYE LA CONSTRUCCION CONSERVACION Y REPARACION DE INSTALACIONES INDUSTRIALES EXCEPTO EDIFICIOS, COMO REFINERIAS FABRICAS DE PRODUCTOS QUIMICOS VIAS DE NAVEGACION, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES PUERT | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Documento Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC - 1074380168 | MARIA DIONIS BARRERA ALFONSO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| # | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2025-01-301-838401 | 31/01/2025 | CC 1118538741 | VAN DARIO BALLESTEROS ZARATE | 5 | 6.96000 | Dependiente |

## OBSERVACIONES

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

Cordialmente,

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

Codigo de Radicación: [illegible] Certificado impreso el día 30-01-2025 2:49:42 p. m. por el portal de empresas Edesk

EPS Sanitas

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 31012025

200358305

*(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 X B. Reporte de Novedades | 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 |
|---|---|---|
| A. Cotizante X C. Beneficiario 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 |
|---|---|---|---|
| Ballesteros | Zarate | Ivan | Dario |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | Cuál | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1.118.538.741 | Femenino Masculino X | F M X T NB Otro | | Colombiano |

| 14. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Colombia | Casanare | Tilodiran | 21 08 1986 |

## 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 8 N° 15-53 Torre 12 Apto 404 | |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3214736573 | Ivan_ballesteros-z@hotmail.com |

| 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 | Cuál | 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 Cuál | País Departamento Municipio | D D M M A A A A |
| B2 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | D D M M A A A A |
| B3 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | D D M M A A A A |
| B4 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | D D M M A A A A |
| B5 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | 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. Discapacidad 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 ... adicional (a cargo de 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 | | | |

AFILIACIÓN

200358305

| 63. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | | 64. Código de la IPS (lo 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 | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (lo registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Cafetero | NIT | 901902370 | |

59. Ubicación
Dirección: CL 30 N 28-96 — Teléfono fijo o Celular: 3116765198

Correo Electrónico: Consorciocafetero2021@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 tramo 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 | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 31/01/2015 | 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 acrediten la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no interrupción 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 |
|---|---|
| Luis Villestelos | |

## 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 juramentada 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 2.1.1.3 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 autorizado para la solicitud | 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

OBSERVACIONES:

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Ejecutivo Zona 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 | Firma del Ejecutivo Comercial | Doc. Identificación y nombre del funcionario que recibe y radica el formulario | Fecha de radicación y hora de procesamiento |
|---|---|---|---|
| 1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA | | 1118544609 | |

3. REPORTE DE NOVEDADES

ComfaCasanare

SGS

# 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 ACEPTACIÓN |
|---|---|---|
| 1118538741 | YOPAL 24 AGOSTO 2006 | |

| Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|
| BALLESTEROS | ZARATE |

| Nombres | Fecha de nacimiento | Teléfono |
|---|---|---|
| IVAN DARIO | 1988 08 21 | 3214736573 |

| Dirección residencia | Barrio |
|---|---|
| CARRERA 8 N 15-53 | |

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ☒ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión Libre ☐ Viudo(a) ☐ Unión

| Ciudad | Fecha de ingreso a la empresa | Horario asignado | CARGO | SUELDO BÁSICO |
|---|---|---|---|---|
| YOPAL | 2025 01 31 | | DIRECTOR DE OBRA | 1.423.500 |

Tipo de contrato: OBRA O LABOR — Nivel educativo: ☐ 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 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐ 101 ☐ 102 ☐ 103 ☐ 104 ☐ 105 ☐ 106 ☐ 107 ☐ 108 ☐ 109 ☐ 110 ☐ 111 ☐ 112 ☐ 113 ☐ 114 ☐ 115 ☐ 116 ☐ 117 ☐ 118 ☐ 119 ☐ 120 ☐ 121 ☐ 122 ☐ 123 ☐ 124 ☐ 125 ☐ 126 ☐ 127 ☐ 128 ☐ 129 ☐ 130 ☐ 131 ☐ 132 ☐ 133 ☐ 134 ☐ 135 ☐ 136 ☐ 137 ☐ 138 ☐ 139 ☐ 140 ☐ 141 ☐ 142 ☐ 143 ☐ 144 ☐ 145 ☐ 146 ☐ 147 ☐ 148 ☐ 149 ☐ 150 ☐ 151 ☐ 152 ☐ 153 ☐ 154 ☐ 155 ☐ 156 ☐ 157 ☐ 158 ☐ 159 ☐ 160 ☐ 161 ☐ 162 ☐ 163 ☐ 164 ☐ 165 ☐ 166 ☐ 167 ☐ 168 ☐ 169 ☐ 170 ☐ 171 ☐ 172 ☐ 173 ☐ 174 ☐ 175 ☐ 176 ☐ 177 ☐ 178 ☐ 179 ☐ 180 ☐ 181 ☐ 182 ☐ 183 ☐ 184 ☐ 185 ☐ 186 ☐ 187 ☐ 188 ☐ 189 ☐ 190 ☐ 191 ☐ 192 ☐ 193 ☐ 194 ☐ 195 ☐ 196 ☐ 197 ☐ 198 ☐ 199 ☐ 200 ☐ 201 ☐ 202 ☐ 203 ☐ 204 ☐ 205 ☐ 206 ☐ 207 ☐ 208 ☐ 209 ☐ 210 ☐ 211 ☐ 212 ☐ 213 ☐ 214 ☐ 215 ☐ 216 ☐ 217 ☐ 218 ☐ 219 ☐ 220 ☐ 221 ☐ 222 ☐ 223 ☐ 224 ☐ 225 ☐ 226 ☐ 227 ☐ 228 ☐ 229 ☐ 230 ☐ 231 ☐ 232 ☐ 233 ☐ 234 ☐ 235 ☐ 236 ☐ 237 ☐ 238 ☐ 239 ☐ 240 ☐ 241 ☐ 242 ☐ 243 ☐ 244 ☐ 245 ☐ 246 ☐ 247 ☐ 248 ☐ 249 ☐ 250 ☐ 251 ☐ 252 ☐ 253 ☐ 254 ☐ 255 ☐ 256 ☐ 257 ☐ 258 ☐ 259 ☐ 260 ☐ 261 ☐ 262 ☐ 263 ☐ 264 ☐ 265 ☐ 266 ☐ 267 ☐ 268 ☐ 269 ☐ 270 ☐ 271 ☐ 272 ☐ 273 ☐ 274 ☐ 275 ☐ 276 ☐ 277 ☐ 278 ☐ 279 ☐ 280 ☐ 281 ☐ 282 ☐ 283 ☐ 284 ☐ 285 ☐ 286 ☐ 287 ☐ 288 ☐ 289 ☐ 290 ☐ 291 ☐ 292 ☐ 293 ☐ 294 ☐ 295 ☐ 296 ☐ 297 ☐ 298 ☐ 299 ☐ 300 ☐ 301 ☐ 302 ☐ 303 ☐ 304 ☐ 305 ☐ 306 ☐ 307 ☐ 308 ☐ 309 ☐ 310 ☐ 311 ☐ 312 ☐ 313 ☐ 314 ☐ 315 ☐ 316 ☐ 317 ☐ 318 ☐ 319 ☐ 320 ☐ 321 ☐ 322 ☐ 323 ☐ 324 ☐ 325 ☐ 326 ☐ 327 ☐ 328 ☐ 329 ☐ 330 ☐ 331 ☐ 332 ☐ 333 ☐ 334 ☐ 335 ☐ 336 ☐ 337 ☐ 338 ☐ 339 ☐ 340 ☐ 341 ☐ 342 ☐ 343 ☐ 344 ☐ 345 ☐ 346 ☐ 347 ☐ 348 ☐ 349 ☐ 350 ☐ 351 ☐ 352 ☐ 353 ☐ 354 ☐ 355 ☐ 356 ☐ 357 ☐ 358 ☐ 359 ☐ 360 ☐ 361 ☐ 362 ☐ 363 ☐ 364 ☐ 365 ☐ 366 ☐ 367 ☐ 368 ☐ 369 ☐ 370 ☐ 371 ☐ 372 ☐ 373 ☐ 374 ☐ 375 ☐ 376 ☐ 377 ☐ 378 ☐ 379 ☐ 380 ☐ 381 ☐ 382 ☐ 383 ☐ 384 ☐ 385 ☐ 386 ☐ 387 ☐ 388 ☐ 389 ☐ 390 ☐ 391 ☐ 392 ☐ 393 ☐ 394 ☐ 395 ☐ 396 ☐ 397 ☐ 398 ☐ 399 ☐ 400 ☐ 401 ☐ 402 ☐ 403 ☐ 404 ☐ 405 ☐ 406 ☐ 407 ☐ 408 ☐ 409 ☐ 410 ☐ 411 ☐ 412 ☐ 413 ☐ 414 ☐ 415 ☐ 416 ☐ 417 ☐ 418 ☐ 419 ☐ 420 ☐ 421 ☐ 422 ☐ 423 ☐ 424 ☐ 425 ☐ 426 ☐ 427 ☐ 428 ☐ 429 ☐ 430 ☐ 431 ☐ 432 ☐ 433 ☐ 434 ☐ 435 ☐ 436 ☐ 437 ☐ 438 ☐ 439 ☐ 440 ☐ 441 ☐ 442 ☐ 443 ☐ 444 ☐ 445 ☐ 446 ☐ 447 ☐ 448 ☐ 449 ☐ 450 ☐ 451 ☐ 452 ☐ 453 ☐ 454 ☐ 455 ☐ 456 ☐ 457 ☐ 458 ☐ 459 ☐ 460 ☐ 461 ☐ 462 ☐ 463 ☐ 464 ☐ 465 ☐ 466 ☐ 467 ☐ 468 ☐ 469 ☐ 470 ☐ 471 ☐ 472 ☐ 473 ☐ 474 ☐ 475 ☐ 476 ☐ 477 ☐ 478 ☐ 479 ☐ 480 ☐ 481 ☐ 482 ☐ 483 ☐ 484 ☐ 485 ☐ 486 ☐ 487 ☐ 488 ☐ 489 ☐ 490 ☐ 491 ☐ 492 ☐ 493 ☐ 494 ☐ 495 ☐ 496 ☐ 497 ☐ 498 ☐ 499 ☐ 500 ☐ 501 ☐ 502 ☐ 503 ☐ 504 ☐ 505 ☐ 506 ☐ 507 ☐ 508 ☐ 509 ☐ 510 ☐ 511 ☐ 512 ☐ 513 ☐ 514 ☐ 515 ☐ 516 ☐ 517 ☐ 518 ☐ 519 ☐ 520 ☐ 521 ☐ 522 ☐ 523 ☐ 524 ☐ 525 ☐ 526 ☐ 527 ☐ 528 ☐ 529 ☐ 530 ☐ 531 ☐ 532 ☐ 533 ☐ 534 ☐ 535 ☐ 536 ☐ 537 ☐ 538 ☐ 539 ☐ 540 ☐ 541 ☐ 542 ☐ 543 ☐ 544 ☐ 545 ☐ 546 ☐ 547 ☐ 548 ☐ 549 ☐ 550 ☐ 551 ☐ 552 ☐ 553 ☐ 554 ☐ 555 ☐ 556 ☐ 557 ☐ 558 ☐ 559 ☐ 560 ☐ 561 ☐ 562 ☐ 563 ☐ 564 ☐ 565 ☐ 566 ☐ 567 ☐ 568 ☐ 569 ☐ 570 ☐ 571 ☐ 572 ☐ 573 ☐ 574 ☐ 575 ☐ 576 ☐ 577 ☐ 578 ☐ 579 ☐ 580 ☐ 581 ☐ 582 ☐ 583 ☐ 584 ☐ 585 ☐ 586 ☐ 587 ☐ 588 ☐ 589 ☐ 590 ☐ 591 ☐ 592 ☐ 593 ☐ 594 ☐ 595 ☐ 596 ☐ 597 ☐ 598 ☐ 599 ☐ 600 ☐ 601 ☐ 602 ☐ 603 ☐ 604 ☐ 605 ☐ 606 ☐ 607 ☐ 608 ☐ 609 ☐ 610 ☐ 611 ☐ 612 ☐ 613 ☐ 614 ☐ 615 ☐ 616 ☐ 617 ☐ 618 ☐ 619 ☐ 620 ☐ 621 ☐ 622 ☐ 623 ☐ 624 ☐ 625 ☐ 626 ☐ 627 ☐ 628 ☐ 629 ☐ 630 ☐ 631 ☐ 632 ☐ 633 ☐ 634 ☐ 635 ☐ 636 ☐ 637 ☐ 638 ☐ 639 ☐ 640 ☐ 641 ☐ 642 ☐ 643 ☐ 644 ☐ 645 ☐ 646 ☐ 647 ☐ 648 ☐ 649 ☐ 650 ☐ 651 ☐ 652 ☐ 653 ☐ 654 ☐ 655 ☐ 656 ☐ 657 ☐ 658 ☐ 659 ☐ 660 ☐ 661 ☐ 662 ☐ 663 ☐ 664 ☐ 665 ☐ 666 ☐ 667 ☐ 668 ☐ 669 ☐ 670 ☐ 671 ☐ 672 ☐ 673 ☐ 674 ☐ 675 ☐ 676 ☐ 677 ☐ 678 ☐ 679 ☐ 680 ☐ 681 ☐ 682 ☐ 683 ☐ 684 ☐ 685 ☐ 686 ☐ 687 ☐ 688 ☐ 689 ☐ 690 ☐ 691 ☐ 692 ☐ 693 ☐ 694 ☐ 695 ☐ 696 ☐ 697 ☐ 698 ☐ 699 ☐ 700 ☐ 701 ☐ 702 ☐ 703 ☐ 704 ☐ 705 ☐ 706 ☐ 707 ☐ 708 ☐ 709 ☐ 710 ☐ 711 ☐ 712 ☐ 713 ☐ 714 ☐ 715 ☐ 716 ☐ 717 ☐ 718 ☐ 719 ☐ 720 ☐ 721 ☐ 722 ☐ 723 ☐ 724 ☐ 725 ☐ 726 ☐ 727 ☐ 728 ☐ 729 ☐ 730 ☐ 731 ☐ 732 ☐ 733 ☐ 734 ☐ 735 ☐ 736 ☐ 737 ☐ 738 ☐ 739 ☐ 740 ☐ 741 ☐ 742 ☐ 743 ☐ 744 ☐ 745 ☐ 746 ☐ 747 ☐ 748 ☐ 749 ☐ 750 ☐ 751 ☐ 752 ☐ 753 ☐ 754 ☐ 755 ☐ 756 ☐ 757 ☐ 758 ☐ 759 ☐ 760 ☐ 761 ☐ 762 ☐ 763 ☐ 764 ☐ 765 ☐ 766 ☐ 767 ☐ 768 ☐ 769 ☐ 770 ☐ 771 ☐ 772 ☐ 773 ☐ 774 ☐ 775 ☐ 776 ☐ 777 ☐ 778 ☐ 779 ☐ 780 ☐ 781 ☐ 782 ☐ 783 ☐ 784 ☐ 785 ☐ 786 ☐ 787 ☐ 788 ☐ 789 ☐ 790 ☐ 791 ☐ 792 ☐ 793 ☐ 794 ☐ 795 ☐ 796 ☐ 797 ☐ 798 ☐ 799 ☐ 800 ☐ 801 ☐ 802 ☐ 803 ☐ 804 ☐ 805 ☐ 806 ☐ 807 ☐ 808 ☐ 809 ☐ 810 ☐ 811 ☐ 812 ☐ 813 ☐ 814 ☐ 815 ☐ 816 ☐ 817 ☐ 818 ☐ 819 ☐ 820 ☐ 821 ☐ 822 ☐ 823 ☐ 824 ☐ 825 ☐ 826 ☐ 827 ☐ 828 ☐ 829 ☐ 830 ☐ 831 ☐ 832 ☐ 833 ☐ 834 ☐ 835 ☐ 836 ☐ 837 ☐ 838 ☐ 839 ☐ 840 ☐ 841 ☐ 842 ☐ 843 ☐ 844 ☐ 845 ☐ 846 ☐ 847 ☐ 848 ☐ 849 ☐ 850 ☐ 851 ☐ 852 ☐ 853 ☐ 854 ☐ 855 ☐ 856 ☐ 857 ☐ 858 ☐ 859 ☐ 860 ☐ 861 ☐ 862 ☐ 863 ☐ 864 ☐ 865 ☐ 866 ☐ 867 ☐ 868 ☐ 869 ☐ 870 ☐ 871 ☐ 872 ☐ 873 ☐ 874 ☐ 875 ☐ 876 ☐ 877 ☐ 878 ☐ 879 ☐ 880 ☐ 881 ☐ 882 ☐ 883 ☐ 884 ☐ 885 ☐ 886 ☐ 887 ☐ 888 ☐ 889 ☐ 890 ☐ 891 ☐ 892 ☐ 893 ☐ 894 ☐ 895 ☐ 896 ☐ 897 ☐ 898 ☐ 899 ☐ 900 ☐ 901 ☐ 902 ☐ 903 ☐ 904 ☐ 905 ☐ 906 ☐ 907 ☐ 908 ☐ 909 ☐ 910 ☐ 911 ☐ 912 ☐ 913 ☐ 914 ☐ 915 ☐ 916 ☐ 917 ☐ 918 ☐ 919 ☐ 920 ☐ 921 ☐ 922 ☐ 923 ☐ 924 ☐ 925 ☐ 926 ☐ 927 ☐ 928 ☐ 929 ☐ 930 ☐ 931 ☐ 932 ☐ 933 ☐ 934 ☐ 935 ☐ 936 ☐ 937 ☐ 938 ☐ 939 ☐ 940 ☐ 941 ☐ 942 ☐ 943 ☐ 944 ☐ 945 ☐ 946 ☐ 947 ☐ 948 ☐ 949 ☐ 950 ☐ 951 ☐ 952 ☐ 953 ☐ 954 ☐ 955 ☐ 956 ☐ 957 ☐ 958 ☐ 959 ☐ 960 ☐ 961 ☐ 962 ☐ 963 ☐ 964 ☐ 965 ☐ 966 ☐ 967 ☐ 968 ☐ 969 ☐ 970 ☐ 971 ☐ 972 ☐ 973 ☐ 974 ☐ 975 ☐ 976 ☐ 977 ☐ 978 ☐ 979 ☐ 980 ☐ 981 ☐ 982 ☐ 983 ☐ 984 ☐ 985 ☐ 986 ☐ 987 ☐ 988 ☐ 989 ☐ 990 ☐ 991 ☐ 992 ☐ 993 ☐ 994 ☐ 995 ☐ 996 ☐ 997 ☐ 998 ☐ 999 ☐ 1000

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

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | Teléfono |
|---|---|
| CONSORCIO CAFETERA | 3116765178 |

| NIT o C.C. | Actividad |
|---|---|
| 901902370-1 | TALENTO HUMANO |

## 3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

| Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|
| | |

| Nombres | Fecha de nacimiento | SUELDO BÁSICO | Recibe subsidio SI | Recibe subsidio NO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Tipo y número de identificación | EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A) |
|---|---|---|
| | | |

Nombre del empleador de Cónyuge o compañero(a) permanente, cargo y número de teléfono donde se puede verificar el dato

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

| Tipo y número de identificación | Sexo M | Sexo F | Estado civil | Discapacidad Adjuntar soporte |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|
| | |

| Nombres | Fecha de nacimiento | Parentesco | Vive con el trabajador |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo y número de identificación | Sexo M | Sexo F | Estado civil | Discapacidad Adjuntar soporte |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|
| | |

| Nombres | Fecha de nacimiento | Parentesco | Vive con el trabajador |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo y número de identificación | Sexo M | Sexo F | Estado civil | Discapacidad Adjuntar soporte |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|
| | |

| Nombres | Fecha de nacimiento | Parentesco | Vive con el trabajador |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo y número de identificación | Sexo M | Sexo F | Estado civil | Discapacidad Adjuntar soporte |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|
| | |

| Nombres | Fecha de nacimiento | Parentesco | Vive con el trabajador |
|---|---|---|---|
| | | | |

Solicitud de Datos Personales

IVAN DARIO BALLESTEROS ZARATE

1118538741 YOPAL

Autorizo expresamente a COMFACASANARE para que mis datos personales sean tratados conforme a la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Caja de Compensación Familiar COMFACASANARE, la cual puedo consultar en la página web www.comfacasanare.com.co. Declaro que los datos aquí consignados son ciertos, exactos y verificables. Me comprometo a actualizar mis datos personales cuando se presenten cambios en la información suministrada. Autorizo a COMFACASANARE para que mis datos personales sean tratados conforme a la finalidad establecida en la Política de Tratamiento de Datos Personales y para que sean compartidos con terceros cuando sea necesario para el cumplimiento de dicha finalidad.

Firma del trabajador

Huella

Nombre y firma de quien recibe

Fecha de radicación

Observaciones

Para uso exclusivo de COMFACASANARE: Relación de documentos adjuntos

| Registro civil | Tarjeta de identidad | Cédula de ciudadanía | Certificado escolar | Certificado discapacidad | Carné de discapacidad | Registro civil | Tarjeta de identidad | Cédula de ciudadanía | Certificado escolar | Certificado discapacidad | Carné de discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

ComfaCasanare

Construimos Sueños !!!

31 ENE 2025

RECIBIDO DE AFILIACIONES

OFICINA PRINCIPAL YOPAL

VIGENTE AÑO Rápido Subsidio

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 30/01/2025

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901902370 |
| **Nombre:** | CONSORCIO CAFETERA | | |
| **Dirección:** | CL 30 28 46 | | |
| **Departamento:** | CASANARE | **Municipio:** | YOPAL |
| **Correo electrónico:** | consorciocafetera2024 gmail com | | |
| **Teléfono:** | 31 [illegible]8860362 | **Tarifa:** | 6 96000 |
| **Actividad Económica:** | 5479901 CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE INSTALACIONES INDUSTRIALES EXCEPTO EDIFICIOS, COMO REFINERIAS FABRICAS DE PRODUCTOS QUIMICOS VIAS DE NAVEGACION OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES PUERT | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Documento Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 1047486186 | MARIA DIONY BARRERA ALFONSO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| # | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2025-01-[illegible]659284 | 31/01/2025 | CC 47440878 | MARIA DORIS BERNAL ALFONSO | 5 | 6,96000 | Dependiente |

## OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa de actividad económica de sus afiliados por favor dirijase a la oficina de POSITIVA mas cercana o comuniquese con nuestra linea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000

Cordialmente,

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

Codigo: ssOjF4bcGguu5FEXM6KPw== Certificado impreso el dia 30/01/2025 2:58:00 p m por el portal de empresas sdesk

EPS Sanitas

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 31012025

200358317

*(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 |
|---|---|---|
| A. Cotizante X C. Beneficiario 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 |
|---|---|---|---|
| Bernal | Alfonso | Nelly | Dolly |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | Cuál | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 47.440.878 | Femenino X Masculino | F X M T NB Otro | | Colombiana |

| 14. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| Colombia | Casanare | Yopal | 01 01 1983 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad: Si / No X — 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 | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| Positiva | Porvenir | $ 1.423.500 | |

| 26. Residencia Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| Cl 9 Nº 18 -09 | |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3138858819 | maddbe83@hotmail.com |

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

## 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 | Cuál | 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: País / Departamento / Municipio | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | 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: Nivel / Grupo | 49. Discapacidad: Categoría de 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 | | | |

AFILIACIÓN

ACTUALIZACIÓN

200358317

| | 03. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | 04. 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

| 05. Nombre o razón social | 06. Tipo documento de identificación | 07. Número del documento de identificación | 08. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (A registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Cafetero | NIT | 901.902.370 | |

09. Ubicación
Dirección: CLL 30 N- 28 - 16 — Teléfono fijo o Celular: 3167651798

Correo Electrónico: Consorciocafetero2021@gmail.com — Departamento: Casanare — Municipio / Distrito: Yopal

10. 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 tránsito 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

11. Datos básicos de identificación

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 12. Tipo de documento de identidad | 13. Número del documento de identidad | 14. Sexo biológico (Femenino / Masculino) | 15. Sexo identificación (F M T NB Otro / Cual) | 16. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 17. EPS anterior | 18. Fecha de novedad | 19. Motivo de traslado | 20. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 31/01/2025 | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de aportar 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
- [ ] 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 | Número 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 |
|---|---|
| Doris Beinal Alfonso | |

## X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexa 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 jurada 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 | 96. Firma del funcionario | 97. Fecha de radicación | 98. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

OBSERVACIONES:

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Asesor Comercial y Oficial
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 Operación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| 1118544609<br>HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA | | 1118544609 |

ComfaCasanare

SGS

# 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 ACEPTACIÓN |
| 47440878 | | | | YOPAL 16 MARZO 2001 | | | | X | |
| Primer apellido | | | | Segundo apellido | | | | | |
| BERNAL | | | | ALFONSO | | | | | |
| Nombres | | | | Fecha de nacimiento | | | Teléfono | | |
| MARIA DORIS | | | | 1983 | 01 | 21 | 3138858819 | | |
| Dirección residencia | | | | BARRIO | | | | | |
| CALLE 9 A 18-09 | | | | | | | | | |

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

Lugar y dirección de trabajo

| Ciudad | Fecha de ingreso a la empresa | | | Horario asignado | Cargo | Sueldo básico |
|---|---|---|---|---|---|---|
| YOPAL | 2025 | 01 | 31 | | PROFESIONAL HSE | 1.423.500 |

Tipo de vinculación: OBRA O LABOR — Aporte voluntario: S ☐ — Aporte Pila: S ☑ — Nivel Educativo: PROFESIONAL

Profesión: INGENIERA INDUSTRIAL — Pensionado: S ☐ — Tipo de Cotizante:

Si el trabajador labora simultáneamente con otra empresa registre aquí: — Sueldo básico:

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

Actividad económica del hogar:
- ☐ No aplica
- ☐ Trabajo con remuneración (NO EMPLEADO)
- ☐ Desempleado buscando trabajo
- ☐ Desempleado buscando trabajo
- ☐ Jubilado, pensionado o rentista
- ☐ Estudiante con remuneración
- ☐ Pensionado por invalidez (Nacional)
- ☐ Ama de casa
- ☐ Trabajo de manera informal
- ☐ Trabajo de manera ocasional
- ☐ Ninguna

Otra actividad: ☐ Independiente ☐ Servicio doméstico ☐ Negocio familiar ☐ Venta de artículos de San Andrés ☐ Vendedor(a) ambulante ☐ Aseo / Bares ☒ Ninguna

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

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | Teléfono |
|---|---|---|
| CONSORCIO CAFETERA | | 3116765178 |
| NIT O C.C. N° | Clasificación | |
| 901902370-1 | TALENTO HUMANO | |

## 3. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

| Primer apellido | Segundo apellido | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nombres | Fecha de nacimiento | SUELDO BÁSICO | Recibe subsidio | |
| | | | SI | NO |

Tipo y número de identificación — EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA — CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)

En caso de divorcio o separación indique a quien le fue otorgada la custodia de los hijos

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo y número de identificación | | Sexo: M F | Edad | Discapacidad / Adoptado | | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | | | | | | |
| Nombres | Fecha de nacimiento | | Parentesco | Hijo | Padre / Hermano | Discapacidad | |
| Tipo y número de identificación | | Sexo: M F | Edad | Discapacidad / Adoptado | | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | | | | | | |
| Nombres | Fecha de nacimiento | | Parentesco | Hijo | Padre / Hermano | Discapacidad | |
| Tipo y número de identificación | | Sexo: M F | Edad | Discapacidad / Adoptado | | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | | | | | | |
| Nombres | Fecha de nacimiento | | Parentesco | Hijo | Padre / Hermano | Discapacidad | |
| Tipo y número de identificación | | Sexo: M F | Edad | Discapacidad / Adoptado | | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | | | | | | |
| Nombres | Fecha de nacimiento | | Parentesco | Hijo | Padre / Hermano | Discapacidad | |

Autorizo a ComfaCasanare para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese y modifique la información financiera, crediticia, comercial y de servicios que se refiere a mi comportamiento como deudor, mis deudas vigentes, vencidas sin cancelar, procesos, hojas de vida de títulos valores, así como mi información básica y demográfica, ante cualquier operador de información y riesgo crediticio, financiero y comercial, o ante cualquier entidad que maneje o administre bases de datos con fines de información sobre el cumplimiento de obligaciones crediticias, financieras, comerciales o de servicios, o que en el futuro cumpla funciones similares a las de los operadores de información y riesgo crediticio, financiero y comercial.

Solicitud de Inscripción Personal: MARIA DORIS BERNAL ALFONSO — 47440878 — YOPAL

Autorizo a ComfaCasanare para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese y modifique la información financiera, crediticia, comercial y de servicios que se refiere a mi comportamiento como deudor, mis deudas vigentes, vencidas sin cancelar, procesos, hojas de vida de títulos valores, así como mi información básica y demográfica, ante cualquier operador de información y riesgo crediticio, financiero y comercial, o ante cualquier entidad que maneje o administre bases de datos con fines de información sobre el cumplimiento de obligaciones crediticias, financieras, comerciales o de servicios, o que en el futuro cumpla funciones similares a las de los operadores de información y riesgo crediticio, financiero y comercial.

D. DORIS BERNAL

D. DORIS BERNAL

47.440878

OBSERVACIONES

Para uso exclusivo de COMFACASANARE. Número de documentos adjuntos

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

31 ENE 2025

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

Versión Abril 2025 Subsidio

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 30/01/2025

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901902370 |
| **Nombre:** | CONSORCIO CAFETERA | | |
| **Dirección:** | CL 30 28 46 | | |
| **Departamento:** | CASANARE | **Municipio:** | YOPAL |
| **Correo electrónico:** | consorciocafetera2024@gmail.com | | |
| **Teléfono:** | 3178960362 | **Tarifa:** | 6.96000 |
| **Actividad Económica:** | 4290011 CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS); COMO REFINERIAS, FABRICAS DE PRODUCTOS QUIMICOS, VIAS DE NAVEGACION, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERT | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Documento Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 1[illegible]0 | MARIA DIONY BARRERA ALFONSO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| # | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2025-01-[illegible]-859117 | 31/01/2025 | CC 79941038 | DIEGO OLNEY PEREZ PACHON | 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 mas cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01 8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Rositiva Compañia de Seguros S.A.

Codigo de Barras - [illegible] Certificado impreso el día 30/01/2025 2:54:01 p. m. por el portal de empresas Edesk

EPS Sanitas

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 31 01 2025

200358306

*(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 | - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio<br>A. Individual: - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional | A. Contributivo X<br>B. Subsidiado | SI NO |

| 5. Tipo de Afiliado | 6. Tipo de Cotizante | 7. Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante X C. Beneficiario<br>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<br>Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Perez | Pachon | Diego | Olney |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo Identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CC | 791.941.038 | Femenino Masculino X | F M X T NB Otro Cuál | Colombiano |

| 14. Lugar de nacimiento<br>País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| Colombia | Casanare | Yopal | 01 10 1971 6 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

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

| 26. Residencia Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| Cll 38 N° 24-49 | |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3112353812 | diegooolney@gmail.com |

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| Casanare | Yopal | | Cabecera Municipal X Rural Disperso<br>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<br>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<br>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<br>Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | |
| 02 | | | | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |

| | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico | 40. Sexo Identificación | 41. Lugar de nacimiento<br>País Departamento Municipio | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | D D M M A A A A |
| 02 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | D D M M A A A A |
| 03 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | D D M M A A A A |
| 04 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | D D M M A A A A |
| 05 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | Si No | Nivel Grupo | SI NO Categoría de discapacidad | SI NO |
| 02 | | | | | Si No | Nivel Grupo | SI NO Categoría de discapacidad | SI NO |
| 03 | | | | | Si No | Nivel Grupo | SI NO Categoría de discapacidad | SI NO |
| 04 | | | | | Si No | Nivel Grupo | SI NO Categoría de discapacidad | SI NO |
| 05 | | | | | 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 reconocer por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| 02 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| 03 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| 04 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |
| 05 | | | Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural | | |

| | Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| 01 | | | |
| 02 | | | |
| 03 | | | |
| 04 | | | |
| 05 | | | |

A. AFILIACIÓN

CAU

200358306

| 65. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | | 66. 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

| 58. 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 Cafetera | NIT | 901.902.370 | |

59. Ubicación
Dirección: Cll 30 N 28 - 46
Teléfono fijo o Celular: 3116265178
Correo Electrónico: Consorciocafetera2024@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 ND Otro Cuál | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 31/01/2025 | 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.
- [ ] 72. Declaración de no interrupción 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.

## 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. 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 |
|---|---|
| Diego Mauricio Pachon | |

## 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 declara 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 jurada 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 | | |

OBSERVACIONES:

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609

Recuerdo 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 | Nombre / Clave Asesor Comercial | Doc. Validador processamento |
|---|---|---|
| 1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA | EPS SANITAS | 1118544609 |

8. REPORTE DE NOVEDADES

ComfaCasanare

SGC

**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 ACEPTACIÓN |
| 79941038 | | BOGOTA DC 22-02-1995 | | | | |
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | | | | |
| PEREZ | | PACHON | | | | |
| Nombres | | Fecha de Nacimiento | | | Teléfono | |
| DIEGO OLNEY | | 1978 | 10 | 02 | 3112353812 | |
| Dirección Residencia | | | | Barrio | | |
| CALLE 38 N 24-49 | | | | | | |

Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión Libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

| Ciudad | Fecha de Ingreso a la Empresa | | | Horario Asignado | CARGO | SUELDO BÁSICO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| YOPAL | 2025 | 01 | 31 | | RESIDENTE DE OBRA | 1,423,500 |

Tipo de Contrato: OBRA O LABOR — Aplica Retención en la Fuente: S ☒ N ☐ — Nivel Educativo: PROFESIONAL
Profesión: INGENIERO CIVIL — Presenta Declaración de Renta: S ☐ N ☒ — Tipo de Declaración:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE ACÁ: | SUELDO BÁSICO

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

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Unión libre de hecho (NO DILIGENCIAR) ☐ Separado de hecho ☐ Separado legalmente
☒ Casado con hijos ☐ Unión libre de hecho reconocida ante notaría ☐ Divorciado sin hijos ☐ Divorciado con hijos
☐ Casado sin hijos ☐ Unión libre de hecho reconocida ante juzgado ☐ Viudo sin hijos ☐ Viudo con hijos

Información de Interés: ☐ Hipertenso ☐ Diabético ☐ Alergia a algún tipo de Medicamento ☐ Problemas cardíacos ☐ Otro: Cuál? ☐ Ninguno

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

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | Teléfono |
|---|---|---|
| CONSORCIO CAFETERA | | 3116785178 |
| NIT O C.C. DE | Dependencia | |
| 901902370-1 | TALENTO HUMANO | |

## 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 | EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ APORTANDO | |

Si tiene hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad, cuántos? Cuántos son hijastros? Cuántos son hijos de otra unión?

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

| Tipo y Número de Identificación | Sexo | Edad | Discapacidad Acreditada | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres | Fecha de Nacimiento | Parentesco | Vive con el Trabajador | Recibe Subsidio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M F | | | | | | | | | |
| | M F | | | | | | | | | |
| | M F | | | | | | | | | |
| | M F | | | | | | | | | |

Autorización de Tratamiento de Datos Personales: Yo DIEGO OLNEY PEREZ PACHON identificado con C.C. 79941038 de BOGOTA, autorizo a Caja de Compensación Familiar COMFACASANARE para el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Caja y la Ley 1581 de 2012. Declaro que la información suministrada es veraz y completa.

Firma del Trabajador

Huella

Firma y Sello Empresa

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

31 ENE 2025

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

Vigilado Alta Superintendencia Subsidio

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 30/01/2025

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901902370 |
| **Nombre:** | CONSORCIO CAFETERA | | |
| **Dirección:** | CL 30 28 46 | | |
| **Departamento:** | CASANARE | **Municipio:** | YOPAL |
| **Correo electrónico:** | consorciocafetera2024@gmail.com | | |
| **Teléfono:** | 3178560362 | **Tarifa:** | 6.96000 |
| **Actividad Económica:** | 4290001 CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACION Y REPARACION DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERIAS FABRICAS 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 - 47436168 | MARIA DIONY BARRERA ALFONSO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| # | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2025-01-[illegible]8565[illegible] | 31/01/2025 | CC 1118556387 | OMAR YESID TORRES PEREZ | 5 | 6.96000 | Dependiente |

## OBSERVACIONES

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

Cordialmente,

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

Codigo: [illegible] Certificado impreso el día 30/01/2025 3:03:13 p m por el portal de empresas Edesk

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 30/01/2025, el empleador CONSORCIO CAFETERA identificado con NIT número 901902370 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 8271892 | 30/01/2025 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1118556387 | OMARYESID TORRES PEREZ | 1423500 | INSTALADOR DE REDES DE GAS | 2025-01-31 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 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

2025

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR

CAUSAL NO ACEPTACIÓN

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1118556387 | YOPAL 10-01-2012 | | | | |
| TORRES | | PEREZ | | | |
| OMAR YESID | | 1993 | 10 | 05 | 3213162038 |
| LA NIATA | | | | | |

| CIUDAD | Fecha de ingreso a la empresa | | | CARGO | SUELDO BASICO |
|---|---|---|---|---|---|
| YOPAL | 2025 | 01 | 31 | TECNICO | 1.423.500 |

Tipo de contrato: OBRA O LABOR — Nivel Educativo: TECNICO

Labor: TECNICO INSTALADOR

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

VIVIENDA: Propia — ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual — Bisexual

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

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | Teléfono |
|---|---|
| CONSORCIO CAFETERA | 3116765178 |
| N.I.T. O C.C. o C.E. | Actividad CIIU |
| 901902370-1 | TALENTO HUMANO |

## 3. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Recibe subsidio: SI NO |
| | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Solicitud de Datos Personales

OMAR YESID TORRES PEREZ

YOPAL

ComfaCasanare
Construimos Sueños!!!

31 ENE 2025

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

VIGILADO Supersubsidio

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 30/01/2025

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901902370 |
| **Nombre:** | CONSORCIO CAFETERA | | |
| **Dirección:** | CL 30 28 46 | | |
| **Departamento:** | CASANARE | **Municipio:** | YOPAL |
| **Correo electrónico:** | consorciocafetera2024@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 - 47436168 | MARIA DIOMY BARRERA ALFONSO |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| # | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2025-01-011-859706 | 31/01/2025 | CC 7364199 | JOSUE RICARDO MALAVER VALLEJO | 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 comuniquese 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: nC - MCNXYOq - sxkhG/H8M7g = =

Certificado impreso el dia 30/01/2025 3:06:37 p. m. por el portal de empresas Edesk

copresoca

# CAPRESOCA E.P.S.
NIT: 891.856.000-7
MOVILIDAD

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

3 ENE 2025

RECIBIDO

| No DE RADICADO | FECHA DE RADICADO |
|---|---|
| | |

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

1. Tipo de Tramite: A. Afiliacion; B. Reporte de Novedades: X
2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario; D. Afiliado Adicional; E. Pensionado; F. De Oficio
3. Regimen: A. Contributivo: X; B. Subsidiado
4. Continuidad solicitada: SI; NO
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante: X; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario; D. Afiliado Adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente; B. Independiente; C. Pensionado
7. Codigo

**A. Afiliacion**

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

| 3. Apellidos y Nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| | Malaver | Vallejo | Josue | Ricardo |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. No de documento de identidad | 11. Sexo Biologico | 12. Sexo Identificacion | 13. Nacionalidad | 14. Lugar de Nacimiento | 15. Fecha de Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1 364 199 | Femenino ☐ Masculino X | F ☐ M ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual: | Colombiano | Pais: Colombia; Departamento: Casanare; Municipio: YOPAL | 11/09/1994 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | Categoria de Discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBEN | 20. Clasificacion SISBEN | 21. Grupo de poblacion especial |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ☐ NO X | | NO ☐ SI ☐ | NIVEL: GRUPO: | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales ARL | 23. Afiliado adora de pensiones | 24. Ingreso Base de Cotizacion -IBC- | 25. Tarifa Contribucion Solidaria |
|---|---|---|---|
| POSITIVA | PORVENIR | $1.423.500 | |

| 26. Residencia: Direccion | Telefono | Telefono Celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| Cra 11A 22-19 | 3203326568 | 3203326568 | dairmavan@hotmail.com |

| 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 NUCLEO FAMILIAR**

Datos basicos de identificacion del conyuge 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 Biologico | 31. Sexo Identificacion | 32. Nacionalidad | 33. Lugar de Nacimiento | 34. Fecha de Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual: | | Pais: ; Departamento: ; Municipio: | |

Datos basicos de identificacion de os beneficiarios y de los afiliados adicionales

| | 35. Apellidos y Nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| 31 | | | | |
| 32 | | | | |
| 33 | | | | |
| 34 | | | | |
| 35 | | | | |

| | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Nro. documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biologico F | 39. Sexo biologico M | 40. Sexo identificacion F | 40. Sexo identificacion M | 40. Sexo identificacion T | 40. Sexo identificacion NB | 40. Sexo identificacion Otro | 40. Sexo identificacion Cual | 41. Lugar de nacimiento Pais | 41. Lugar de nacimiento Dpto | 41. Lugar de nacimiento Mun | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de poblacion especial | 47. Tiene encuesta SISBEN SI | 47. Tiene encuesta SISBEN NO | 48. Clasificacion S.SISBEN Nivel | 48. Clasificacion S.SISBEN Grupo | 49. Discapacidad SI | 49. Discapacidad NO | 49. Discapacidad Categoria | 50. Incapacidad permanente SI | 50. Incapacidad permanente NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | | | | | |

51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio / Distrito | Zona: Cabecera municipal | Zona: Centro poblado | Zona: Rural disperso | Zona: Resto Rural | Telefono y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | |

| | Direccion | Localidad / Comuna | Correo Electronico |
|---|---|---|---|
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |

| | 53. Nombre de la Institucion Prestadora de Servicios de Salud | 54. Codigo de la IPS |
|---|---|---|
| C | | |
| 33 | | |
| 32 | | |
| 33 | | |
| 34 | | |
| 35 | | |

ComfaCasanare

SGS

# Formato de Inscripción, Adición y Modificación
Caja de compensación familiar

## 1. DATOS DEL TRABAJADOR

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | CAUSAL NO ACEPTACION |
| 7364199 | PAZ DE ARIPORO | | | | | |
| MALAVER | | VALLEJO | | | | |
| JOSUE RICARDO | | 1977 | 09 | 01 | 3203326568 | |
| CARRERA 11 A 22-19 | | | | | | |

| CIUDAD | | | | CARGO | SUELDO BASICO |
|---|---|---|---|---|---|
| YOPAL | 2025 | 01 | 31 | TECNICO | 1.423.500 |

TIPO DE CONTRATO: OBRA O LABOR — OCUPACION: TECNICO INSTALADOR — TECNICO

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTANEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUI: SUELDO BASICO

VIVIENDA: PROPIA — ARRENDADA — FAMILIAR — ORIENTACION SEXUAL: HETEROSEXUAL — HOMOSEXUAL — BISEXUAL

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

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | TELEFONO |
|---|---|---|
| CONSORCIO CAFETERA | | 3116765178 |
| NIT O C.C. | DEPENDENCIA | |
| 901902370-1 | TALENTO HUMANO | |

## 3. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | SUELDO BASICO | Recibe subsidio SI / NO |
| | | EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONOMICA | | CAJA DE COMPENSACION A LA CUAL ESTA AFILIADO |

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

Sexo: M / F — Ocupa No. Asignado

Parentesco

Sexo: M / F — Ocupa No. Asignado

Parentesco

Sexo: M / F — Ocupa No. Asignado

Parentesco

Sexo: M / F — Ocupa No. Asignado

Parentesco

Solicitud de Datos Personales

JOSUE RICARDO MALAVER VALLEJO

7364199 — PAZ DE ARIPORO

Jose malaver

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Jose malaver

7364199

OBSERVACIONES

31 ENE 2025

RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

VIGILADO Supersubsidio