1345

CONSORCIO
ACUEDUCTO
AGUA SANTA
SARAVENA 2025

AFILIACIONES DEL PERSONAL

3212859403
CALLE 15 No.10-35 Saravena - Arauca
conselectrosltda2012@hotmail.com

1346

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	1 de Diciembre de 2024

NOVEDAD

Afiliación Nueva	X
Cambio de Empresa	
Actualización Datos	

TIPO DE AFILIADO

Dependiente	X
Servicio Doméstico	
Madre Comunitaria	
Taxista	

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

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	
NIT: 902011839	Dirección de la Empresa: CL 15 10 35	Ciudad: SARAVENA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: conselectrosltda2012@hotmail.com	Número Telefónico: 3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación	No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC X CE PPT TI PAS PEP	30188107	1999-04-05	1979-10-16	H	M	I
		Lugar Expedición: FORTUL	Ciudad de Nacimiento: FORTUL		X	

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
PIMIENTO	ORDONEZ	ELIZABETH

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. [X] CAS. [ ] SOL. [ ] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2025-12-15	$ 1807110	Fijo X Integral Variable

Dirección Domicilio:	Barrio:
CR 5 02 03	SARAVENA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVENA	3124886269	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes: (Marque con una X)
ELIZAPIMIENTOORDONEZ@GMAIL.COM	Fijo		Indefinido	X	120 [ ] 240 [X]

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	
COOSALUD	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	9211		

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

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

Grado Escolaridad (Marque con una X)							
Preescolar		Básica Adultos		Técnico/Tecnológico		No Disponible	
Básica		Secundaria Adultos		Profesional Universitario			
Secundaria	X	Media Adultos		Posgrado/Maestría			
Media		Primera Infancia		Ninguno			

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

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

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

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

1347

DATOS SENSIBLES

Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible ☐
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☒	

Vigilado Supersubsidio

Orientación Sexual: (Marque con una X)		
Heterosexual ☐	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible ☒	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.
		Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es veridica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI ☒ NO ☐

Elizabeth Pimiento

FIRMA DEL TRABAJADOR

Jose J. Lizarazo

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

1348

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ELIZABETH PIMIENTO ORDOÑEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **30.188.107**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Hacienda

1349

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que ELIZABETH PIMIENTO ORDOÑEZ, **identificado con C.C No.30188107 ,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	**Fecha de inicio de cobertura: 1/12/2025** **Estado Afiliación: Activa** **Clase de Riesgo: 5**

Esta certificación se expide en la ciudad de Arauca a los 12 días del mes de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO_11_2_2_FR01 v_09

MIS_4_1_3_FR15 v_010

1350

CLICK PARA BORRAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN: 05 12 2025

I. DATOS DEL TRAMITE

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] a) Cotizante / cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ]
B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. REGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CODIGO

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO: Pimiento — SEGUNDO APELLIDO: Ordoñez — PRIMER NOMBRE: Elizabeth — SEGUNDO NOMBRE:
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 30.188.107
11. SEXO BIOLOGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACION: F [X] M [ ] NB [ ] O [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiano
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia — Arauca — Fortul
15. FECHA NACIMIENTO: 16 10 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDIGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CAT. DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBEN?: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACION SISBEN — NIVEL: — GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: positivo
23. APP: Polvera
24. IBC: 1423500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA:
TELÉFONO CELULAR:
TELEFONO FIJO:
DIRECCIÓN: # - 0
COMPLEMENTO DIRECCION:
CORREO ELECTRONICO:
DEPARTAMENTO: Arauca
MUNICIPIO/ DISTRITO: Saravena
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS:

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR - Datos de identificacion del beneficiario (Cuniuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO: — SEGUNDO APELLIDO: — PRIMER NOMBRE: — SEGUNDO NOMBRE:
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
29. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLOGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACION: F [ ] M [ ] NB [ ] O [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS: — DEPARTAMENTO: — MUNICIPIO:
34. FECHA NACIMIENTO: DIA: MES: AÑO:

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NUMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO BIOLOGICO	40. SEXO IDENTIFICACION	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DIA	MES	AÑO
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACION ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACION SISBEN NIVEL	GRUPO	49. DIS CAPACIDAD SI	NO	CATEGORIA	50. RECIBE APOYO PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO, DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1																			
B2																			
B3																			
B4																			
B5																			

	TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC ADICIONAL	DIRECCION	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRONICO	53. IPS	54. CODIGO DE LA IPS A PRESTAR POR LA EPS
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACION DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razon social: Consorcio acueducto agua santa NT
56. Tipo documento de identificacion: NIT
57. Numero del documento de identificacion: 902011834-3
58. Tipo de aportante: Dependiente
59. Direccion: Cll 15 # 10 - 35 O
CORREO ELECTRONICO:
Arauca
Saravena

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS I. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [X] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO REGIMEN [ ] B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN — PRIMER APELLIDO: Pimiento — SEGUNDO APELLIDO: Ordoñez — PRIMER NOMBRE: Elizabeth — SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 30.188.107
62. SEXO BIOLOGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACION: F [ ] M [ ] NB [ ] O [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 16 10 1979
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 12 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CLAVE DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(a) reportado(s) dependen económicamente de mi. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualizacion de grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de nacimiento o fallecimiento del cabeza de Familia reporte la persona de su grupo familiar que será cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: — SEGUNDO APELLIDO: — PRIMER NOMBRE: — SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: — NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Elizabeth Pimiento O
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de Oficio: JOSE LIZARAZO

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] PC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad [ ] Total [0]
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitida 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 decrete 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 judicial 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. Confirmación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acta ejecutoriada de la providencia de la autoridad judicial competente en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio [ ]
Total Anexos [0]

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: — NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: — 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO: — 96. FECHA DE RADICACIÓN: DIA: MES: AÑO: — 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DIA: MES: AÑO:
OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	1 de Diciembre de 2024

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

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

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	
NIT: 902011839	Dirección de la Empresa: CL 15 10 35	Ciudad: SARAVENA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: conselectrosltda2012@hotmail.com	Número Telefónico: 3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación							No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT			27882605	2003-03-12	1984-12-23	H	M	I
TI		PAS		PEP				Lugar Expedición: TOLEDO	Ciudad de Nacimiento: TOLEDO		X	

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
TARAZONA	LOZADA	DORIS

Estado Civil: (Marque con una X)								Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:					
UL. [ ]	CAS. [ ]	SOL. [X]	SEP. [ ]	DIV. [ ]	VIU. [ ]			2025-12-15	$ 1807110	Fijo	X	Integral		Variable	

Dirección Domicilio:	Barrio:
VEREDA AGUA SANTA	VEREDA AGUA SANTA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVENA	3214903174	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)			
doristarazona03@gmail.com	Fijo		Indefinido	X

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	Horas Laboradas en el Mes: (Marque con una X)
NUEVA EPS	AYUDANTE CONSTRUCCION	9211		120 [ ] 240 [X]

Sector Agropecuario: (Marque con una X)	Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014) (Marque con una X)	Vivienda: (Marque con una X)	Zona: (Marque con una X)	Cap. Trabaj. (Marque con una X)	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).
SI [ ] NO [X]	Agricultura [ ] Silvicultura [ ]	Propia [X] Familiar [ ]	Rural [ ]	Normal [X]	
La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.	Ganadería [ ] Pesca [ ]	Arrendada [ ] Hipoteca [ ]	Urbana [X]	Discapac. [ ]	
	Avicultura [ ] Apicultura [ ] Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada				

Grado Escolaridad (Marque con una X)							
Preescolar		Básica Adultos		Técnico/Tecnológico		No Disponible	
Básica		Secundaria Adultos		Profesional Universitario			
Secundaria	X	Media Adultos		Posgrado/Maestría			
Media		Primera Infancia		Ninguno			

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

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

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

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

1352

DATOS SENSIBLES

Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible ☐
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☒	

Orientación Sexual: (Marque con una X)		
Heterosexual ☐	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible ☒	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.
		Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI ☒ NO ☐

Dora Tarazona

FIRMA DEL TRABAJADOR

José J. Lizarazo

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

1353

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que DORIS TARAZONA LOZADA, **identificado con C.C No.27882605 ,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	**Fecha de inicio de cobertura: 1/12/2025** **Estado Afiliación: Activa** **Clase de Riesgo: 5**

Esta certificación se expide en la ciudad de Arauca a los 12 días del mes de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

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

1354

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DORIS TARAZONA LOZADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **27.882.605**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

1355

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN: 15 12 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] Ai Cotizante o Cabeza de familia [X] Bi Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. REGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. ESQUEMA

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO: Tarazona — SEGUNDO APELLIDO: Lozada — PRIMER NOMBRE: Doris — SEGUNDO NOMBRE:
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 27.882.605
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiana
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia | Norte santander | Toledo
15. FECHA NACIMIENTO: 23 12 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. ¿PERTENECE A COMUNIDAD INDÍGENA?
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CUAL ES DISCAPACIDAD?
19. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL: — GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: Positiva
23. AFP: Porvenir
24. IBC: 1423500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR:
TELÉFONO FIJO:
DIRECCIÓN: # - 0
COMPLEMENTO DIRECCIÓN:
CORREO ELECTRÓNICO:
DEPARTAMENTO: Arauca
MUNICIPIO/ DISTRITO: Saravena
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA — CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS:

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DIA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO BIOLÓGICO F	M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DIA	MES	AÑO
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	46. CABEZA DE POBLACIÓN ICBF/UNIDOS	47. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	49. DIS CAPACIDAD: D	MO	SUSTITUCIÓN DE APODERADO	50. BENEFICIARIO PENSIONADO: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01							a.												
02							a.												
03							a.												
04							a.												
05							a.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO SEGÚN EPS	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social: Consorcio acueducto agua santa
56. Tipo documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 902011839
58. Código de la actividad económica (CIIU): 3212 | 9403
59. Dirección: C11 15 # 10 - 35 0
CORREO ELECTRÓNICO:
DEPARTAMENTO: Arauca
MUNICIPIO/ DISTRITO: Saravena
Dependiente

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS I. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD [X]
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO [ ]
A) DESDE REGIMEN
B) DIFERENTE REGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN — PRIMER APELLIDO: Tarazona — SEGUNDO APELLIDO: Lozada — PRIMER NOMBRE: Doris — SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 27.882.605
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 23 12 1984
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 12 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependan económicamente de mí. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualizacion del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS — PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Doris Tarazona.
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de Oficio: Jose Lizarazo

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] NUI [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: Total: 0
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 la 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 certificación judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad y el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los mismos. [ ]
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. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acta especificando si la prevalencia de las acreencias y compromisos en las que consta la calidad de beneficiario o se ordena la división de oficio. [ ]
Total Anexos: 0

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES — Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DIA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DIA | MES | AÑO
OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

1356

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	1 de Diciembre de 2024

NOVEDAD
Afiliación Nueva [X]
Cambio de Empresa [ ]
Actualización Datos [ ]

TIPO DE AFILIADO
Dependiente [X]
Servicio Doméstico [ ]
Madre Comunitaria [ ]
Taxista [ ]

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

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	
NIT: 902011839	Dirección de la Empresa: CL 15 10 35	Ciudad: SARAVENA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: conselectrosltda2012@hotmail.com	Número Telefónico: 3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación	No. Identificación	Fecha de Expedición	Fecha de Nacimiento	Sexo (Marque con una X)		
CC [X] CE [ ] PPT [ ] TI [ ] PAS [ ] PEP [ ]	96188275	1991-04-22	1972-10-09	H	M	I
		Lugar Expedición: SARAVENA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
GARCIA	GALAN	DIONISIO

Estado Civil (Marque con una X)	Fecha de Ingreso	Salario Base	Tipo Salario
UL. [X] CAS. [ ] SOL. [ ] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2025-12-15	$ 1807110	Fijo [X] Integral [ ] Variable [ ]

Dirección Domicilio	Barrio
VEREDA AGUA SANTA	SARAVENA

Ciudad donde Trabaja	Número Telefónico	Nacionalidad
SARAVENA	3124886269	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador	Tipo de contrato: (Marque con una X)	Horas Laboradas en el Mes:
construccionetsmsas@gmail.com	Fijo [ ] Indefinido [X]	(Marque con una X) 120 [ ] 240 [X]

E.P.S Donde está Afiliado (A)	Cargo a Desempeñar	Profesión	Fecha terminación	
NUEVA EPS	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	9211		

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

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

Grado Escolaridad (Marque con una X)			
Preescolar [ ]	Básica Adultos [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]	No Disponible [ ]
Básica [ ]	Secundaria Adultos [ ]	Profesional Universitario [ ]	
Secundaria [X]	Media Adultos [ ]	Posgrado/Maestría [ ]	
Media [ ]	Primera Infancia [ ]	Ninguno [ ]	

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

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

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

Resguardo Indígena	Pueblo Indígena
1	0

DATOS SENSIBLES

Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible [X]
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☐	

Vigilado Supersubsidio

Orientación Sexual: (Marque con una X)		
Heterosexual [X]	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible ☐	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.
		Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es veridica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI [X] NO ☐

Dionicio Garcia

FIRMA DEL TRABAJADOR

Jose J Lizcano

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

Hacienda

1358

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que DIONISIO GARCIA GALAN**, identificado con C.C No.96188275 ,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	**Fecha de inicio de cobertura: 1/12/2025** **Estado Afiliación: Activa** **Clase de Riesgo: 5**

Esta certificación se expide en la ciudad de Arauca a los 12 días del mes de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO-13-2-2-FR01-v.08

MIS_4_1_1_FR15 v. 010

1359

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIONISIO GARCIA GALAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **96188275,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de diciembre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

1360

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva EPS

15 12 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Garcia	Galan	Dionisio							
CC	96.188.275								
Colombiano	Colombia	Arauca	Saravena	09	10	1972			
6									
Pobre	1423500								
Saravena									

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

| | | | | | | | | |

1361

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	1 de Diciembre de 2024

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

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

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	
NIT: 902011839	Dirección de la Empresa: CL 15 10 35	Ciudad: SARAVENA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: conselectrosltda2012@hotmail.com	Número Telefónico: 3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación	No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC X CE PPT	1192758018	2019-01-03	2000-12-12	H	M	I
TI PAS PEP		Lugar Expedición: SARAVENA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
GARCIA	DURAN	DIOGENES ALEXANDER

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. [ ] CAS. [ ] SOL. [X] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2025-12-15	$ 1807110	Fijo X Integral Variable

Dirección Domicilio:	Barrio:
VEREDA AGUA SANTA	SARAVENA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVENA	3126426788	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
diogenesalexanderg@gmail.com	Fijo		Indefinido	X	(Marque con una X) 120 [ ] 240 [X]

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	
NUEVA EPS	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	9211		

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

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

Grado Escolaridad (Marque con una X)							
Preescolar [ ]	Básica Adultos [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]	No Disponible [ ]
Básica [ ]	Secundaria Adultos [ ]	Profesional Universitario [ ]	
Secundaria [X]	Media Adultos [ ]	Posgrado/Maestría [ ]	
Media [ ]	Primera Infancia [ ]	Ninguno [ ]	

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

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

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

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

1362

DATOS SENSIBLES

Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible ☐
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☒	

Orientación Sexual: (Marque con una X)		
Heterosexual ☐	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible ☒	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.
		Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI ☒ NO ☐

D. Egenes L García

FIRMA DEL TRABAJADOR

J. Lizcano

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

Hacienda

1363

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que DIOGENES ALEXANDER GARCIA DURAN, **identificado con C.C No.1192758018 ,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	**Fecha de inicio de cobertura: 1/12/2025** **Estado Afiliación: Activa** **Clase de Riesgo: 5**

Esta certificación se expide en la ciudad de Arauca a los 12 días del mes de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SPO_11_2_2_FR11_v_08

MIS_4_1_1_FR15 v_010

1364

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DIOGENES ALEXANDER GARCIA DURAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.192.758.018**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

1365

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN: 15 12 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. TRASLADO [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] Cotizante [X] Beneficiario [ ] B. Conyugal [ ] C. Institucional [ ] D. Sin aportes [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [X]
4. COMPENSACIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CONVENIO

A. AFILIACIÓN
B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO: Garcia | SEGUNDO APELLIDO: Duran | PRIMER NOMBRE: Diogenes | SEGUNDO NOMBRE: Alexander
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1192758018
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiano
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia | Arauca | Saravena
15. FECHA NACIMIENTO: 12 12 2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. PUEBLO INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CAT. DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: Positivo
23. APP: Polvenil
24. IBC: 1423500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR
TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN: # - 0 | COMPLEMENTO DIRECCIÓN
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO: Arauca
MUNICIPIO/DISTRITO: Saravena
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO MUNICIPIO [ ]
PS

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO (F / M)	40. SEXO IDENTIFICACIÓN (F / M / NB / Otro / Cual?)	41. LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO)	42. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. CONDICIONES	46. SISBEN PUNTAJE	47. TIENE ENCUESTA SISBEN SI	47. TIENE ENCUESTA SISBEN NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	48. CLASIFICACIÓN SISBEN GRUPO	49. DIS CAPACIDAD SI	49. DIS CAPACIDAD NO	50. CAT. DISCAPACIDAD	51. APORTANTE PRINCIPAL SI	51. APORTANTE PRINCIPAL NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO MUNICIPIO
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALIDO EN LA EPS DEL AFILIADO ANTERIOR	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A DILIGENCIAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social: Conjunto arveducto
56. Tipo documento de identificación: agua Santo NIT
57. Número del documento de identificación: 902011839
58. [illegible]: 3212859403
59. [illegible] (A diligenciar por la EPS): Dependiente
60. Dirección: Cll 15 # 10 - 35 0
CORREO ELECTRÓNICO
Arauca
Saravena

VI. REPORTE DE NOVEDADES

69. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS I. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
A) ENTRE REGÍMENES [ ]
B) DIFERENTE REGÍMEN [X]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: PRIMER APELLIDO: Garcia | SEGUNDO APELLIDO: Duran | PRIMER NOMBRE: Diogenes | SEGUNDO NOMBRE: Alexander
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1192758018
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 12 12 2000
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 12 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A LA CUAL ESTABA AFILIADO

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
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

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Diogenes Garcia
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: JOSE LIZARAZO

X. ANEXOS

82. Anexo copia del Documento de Identidad: CN [ ] NT [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PE [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] MT [ ]
Cantidad
Total 0
83. Copia del Documento de Identidad del menor emitida 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 y 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 de cualquier naturaleza donde se pueda evidenciar la convivencia de una pareja, a través de declaración de dos testigos o declaración autenticada por el cotizante sobre el asistencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la acta de conciliación de trabajo por parte de la Superintendencia Nacional de la Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificado de convivencia o cualquier otro documento para validar Afiliaciones colectivas [ ]
91. Copia del acta, pronunciado o providencia de los actos dados a conocer en la calidad de beneficiario y no probada la relación de oficio. [ ]
Total Anexos 0

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO
OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los documentos suministrados en el momento del trámite.

- ORIGINAL E.P.S. -

Powered by CamScanner

1366

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	1 de Diciembre de 2024

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

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

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	
NIT: 902011839	Dirección de la Empresa: CL 15 10 35	Ciudad: SARAVENA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: conselectrosltda2012@hotmail.com	Número Telefónico: 3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación							No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT			1007419464	2018-08-28	2000-05-26	H	M	I
TI		PAS		PEP				Lugar Expedición: SARAVENA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA		X	

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
CARRILLO	VILLAMIZAR	DAMARIS

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. [ ] CAS. [ ] SOL. [X] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2025-12-15	$ 1807110	Fijo [X] Integral [ ] Variable [ ]

Dirección Domicilio:	Barrio:
VEREDA AGUA SANTA	SARAVENA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVENA	3102374453	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
karrillodamaris20@gmail.com	Fijo		Indefinido	X	(Marque con una X) 120 [ ] 240 [X]

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	
NUEVA EPS	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	9211		

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

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

Grado Escolaridad (Marque con una X)						
Preescolar		Básica Adultos		Técnico/Tecnológico		No Disponible [ ]
Básica		Secundaria Adultos		Profesional Universitario		
Secundaria	X	Media Adultos		Posgrado/Maestría		
Media		Primera Infancia		Ninguno		

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

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

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

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

1367

DATOS SENSIBLES

Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)				
	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible ☐
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☒	

Orientación Sexual: (Marque con una X)		
Heterosexual ☐	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible ☒	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.
		Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI ☒ NO ☐

Domaris Garrido

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

Hacienda

1368

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que DAMARIS CARRILLO VILLAMIZAR**, identificado con C.C No.1007419464 ,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	**Fecha de inicio de cobertura: 1/12/2025** **Estado Afiliación: Activa** **Clase de Riesgo: 5**

Esta certificación se expide en la ciudad de Arauca a los 12 días del mes de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

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

1369

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DAMARIS CARRILLO VILLAMIZAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.419.464**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

1370

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN: 15 | 12 | 2025

I. DATOS DEL TRAMITE

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] B. Cotizante o cabeza de familia [X] C. Beneficiario o grupo adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. REGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CODIGO

A. AFILIACION

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
	Carrillo	Villamizar	Damaris	

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLOGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN	13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO	15. FECHA NACIMIENTO
CC	1007419464	M	M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?	Colombiana	Colombia / Arauca / Saravena	26 05 2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDIGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBEN	20. CLASIFICACIÓN SISBEN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACION ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]		SI [ ] NO [X]					Positiva

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
Porvenir	1423.500				

DIRECCIÓN	#	-	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
		0			Arauca

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

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLOGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN	32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	34. FECHA NACIMIENTO
		F / M	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?		PAIS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	DIA / MES / AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO (F / M)	40. SEXO IDENTIFICACIÓN (F / M / T / NB / Otro / Cual?)	41. LUGAR DE NACIMIENTO (PAIS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO)	41. FECHA DE NACIMIENTO (DIA / MES / AÑO)
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del Beneficiario																							
	42. PARENTESCO	43. ETNIA	44. DISCAPACIDAD	45. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	46. TIENE ENCUESTA SISBEN SI	46. TIENE ENCUESTA SISBEN NO	47. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	47. CLASIFICACIÓN SISBEN GRUPO	48. DISCAPACIDAD SI	48. DISCAPACIDAD NO	49. DISCAPACIDAD CATEGORIA	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE SI	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	51. Datos de residencia MUNICIPIO / DISTRITO	ZONA TERRITORIAL	ZONA CENTRO POBLADO	ZONA RURAL DISPERSO	ZONA RESTO RURAL
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			

	TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO SEGÚN EDAD	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (SI YA SE LE HA ASIGNADO POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	DIGITO DE VERIFICACIÓN	58. Tipo de aportante o cotizante (Empleador, Independiente, Pensionado, Cabeza de familia, Beneficiario, Afiliado adicional, Independiente por prestación de servicios)
Consorcio Acueducto Agua Santa	Nit	902011839	3	Dependiente

59. Dirección					DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
Cll	15	# 10	-35	0	Consolechos Hdale holmaulen	Arauca	Saravena

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACION DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACION DE LA INSCRIPCION EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADJUDICACION DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS/ RETORNO AL PAÍS / RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO REGIMEN [ ]
B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
	Carrillo	Villamizar	Damaris	

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLOGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN	64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR O PASARELA DE PERSONAS
CC	1007419464	M	M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?	26 05 2000		15 12 2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Damaris Carrillo	JOSE LIZARAZO

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	NS	PC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT
Cantidad											

Total: 0

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, sentencias judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
90. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
97. Copia de la unión judicial o del acta administrativa de custodia. [ ]
83. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
83. 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 sentencia administrativa o providencia de los actos dados competentes en las que declare la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos: 0

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DIA / MES / AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DIA / MES / AÑO

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	1 de Diciembre de 2024

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

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

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	
NIT: 902011839	Dirección de la Empresa: CL 15 10 35	Ciudad: SARAVENA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: conselectrosltda2012@hotmail.com	Número Telefónico: 3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación							No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT			96187739	1989-12-11	1971-09-14	H	M	I
TI		PAS		PEP				Lugar Expedición: SARAVENA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
GARCIA	GALAN	ARIEL

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. [ ] CAS. [ ] SOL. [X] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2025-12-15	$ 1807110	Fijo X Integral [ ] Variable [ ]

Dirección Domicilio:	Barrio:
VEREDA AGUA SANTA	SARAVENA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVENA	3042503071	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
ariel.garcia@gmail.com	Fijo		Indefinido	X	(Marque con una X) 120 [ ] 240 [X]

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:		
NUEVA EPS	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	7112			
Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.	
(Marque con una X) SI [ ] NO [X] La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.	(Marque con una X) Agricultura [ ] Silvicultura [ ] Ganadería [ ] Pesca [ ] Avicultura [ ] Apicultura [ ] Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada	(Marque con una X) Propia [ ] Familiar [X] Arrendada [ ] Hipoteca [ ]	(Marque con una X) Rural [ ] Urbana [X]	(Marque con una X) Normal [X] Discapac. [ ]	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).

Grado Escolaridad (Marque con una X)							
Preescolar	[ ]	Básica Adultos	[ ]	Técnico/Tecnológico	[ ]	No Disponible	[ ]
Básica	[X]	Secundaria Adultos	[ ]	Profesional Universitario	[ ]		
Secundaria	[ ]	Media Adultos	[ ]	Posgrado/Maestría	[ ]		
Media	[ ]	Primera Infancia	[ ]	Ninguno	[ ]		

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

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

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

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

1372

DATOS SENSIBLES

Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)				
	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☒	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible ☐
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☐	

Orientación Sexual: (Marque con una X)		
Heterosexual ☐	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible ☒	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.
		Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI ☒ NO ☐

Anel Garcia G

FIRMA DEL TRABAJADOR

Jose J. Lizcano

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

1373

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que ARIEL GARCIA GALAN, **identificado con C.C No.96187739 ,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	**Fecha de inicio de cobertura: 1/12/2025** **Estado Afiliación: Activa** **Clase de Riesgo: 5**

Esta certificación se expide en la ciudad de Arauca a los 12 días del mes de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

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

1374

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ARIEL GARCIA GALAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **96187739,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de diciembre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN: 15 12 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] Ni Cotizante ni Cabeza de familia [X] Ni Beneficiario ni Afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
	Garcia	Galan	Ariel	

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC	9618[illegible]739	F [X] M [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	15. FECHA NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
Colombiano	Colombia	Arauca	Saravena	14	09	1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBEN	20. CLASIFICACIÓN SISBEN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
54		SI [ ] NO [X]		SI [ ] NO [X]					Positiva

23. AFP	24. IDC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
Porvenir	1423500				

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
# -			Arauca

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

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F M	F M T NB Otro Cual?

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

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PAPELLIDO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN SI	NO	48. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	49. DIS CAPACIDAD NIVEL	GRUPO	50. BENEFICIARIO INMIGRANTE SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO RESIDE	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante (Ver tabla)	59. Naturaleza jurídica del aportante
Consorcio acueducto agua Santa	NIT	902011839	3212859403	Dependiente

60. Dirección			CORREO ELECTRÓNICO		
Cll 15	# 10 -35	O		Arauca	Saravena

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: ____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código: ____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. RECIPROCIDAD EPS RETORNO AL PAÍS. I. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [X]
15. TRASLADO
A) DESDE RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Garcia	Galan	Ariel	

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC	9618[illegible]739	F	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA	MES	AÑO	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
14	09	1971		15	12	2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [X]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [X]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [X]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Ariel Garcia.	JOSE LIZARAZO

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] MT [ ] Cantidad: Total: 0
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 decrete 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 unión 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 los que pierde la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos: 0

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES: Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

1376

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	1 de Diciembre de 2024

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

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

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	
NIT: 902011839	Dirección de la Empresa: CL 15 10 35	Ciudad: SARAVENA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: conselectrosltda2012@hotmail.com	Número Telefónico: 3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación						No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT		68249520	1998-09-29	1980-08-30	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: SARAVENA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA		X	

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
CALDERON	GARCIA	ANA ELCY

Estado Civil: (Marque con una X)								Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:					
UL.		CAS.		SOL.	X	SEP.		DIV.		VIU.		2025-12-15	$ 1807110	Fijo	X	Integral		Variable	

Dirección Domicilio:	Barrio:
VEREDA AGUA SANTA	VEREDA AGUA SANTA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVENA	3229760868	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
ana.calderon@gmail.com	Fijo		Indefinido	X	(Marque con una X) 120 [ ] 240 [X]

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:		
NUEVA EPS	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	9312			
Sector Agropecuario:	**Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)**	**Vivienda:**	**Zona:**	**Cap. Trabaj.**	
(Marque con una X) SI [ ] NO [X] La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.	(Marque con una X) Agricultura [ ] Silvicultura [ ] Ganadería [ ] Pesca [ ] Avicultura [ ] Apicultura [ ] Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada	(Marque con una X) Propia [ ] Familiar [X] Arrendada [ ] Hipoteca [ ]	(Marque con una X) Rural [ ] Urbana [X]	(Marque con una X) Normal [X] Discapac. [ ]	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).

Grado Escolaridad (Marque con una X)							
Preescolar		Básica Adultos	X	Técnico/Tecnológico		No Disponible	
Básica		Secundaria Adultos		Profesional Universitario			
Secundaria		Media Adultos		Posgrado/Maestría			
Media		Primera Infancia		Ninguno			

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

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

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

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

1377

DATOS SENSIBLES

Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)				
	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible [X]
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☐	

Orientación Sexual: (Marque con una X)		
Heterosexual [X]	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible ☐	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.
		Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI [X] NO ☐

ANA CALDERON

FIRMA DEL TRABAJADOR

José J. Lizcano

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

Vigilado Supersubsidio

1378

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que ANA ELCY CALDERON GARCIA**, identificado con C.C No.68249520 ,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	**Fecha de inicio de cobertura: 1/12/2025** **Estado Afiliación: Activa** **Clase de Riesgo: 5**

Esta certificación se expide en la ciudad de Arauca a los 12 días del mes de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

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

1379

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN 15 12 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante o Cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO: Calderon — SEGUNDO APELLIDO: Garaa — PRIMER NOMBRE: Ana — SEGUNDO NOMBRE: Elcy
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 68249520
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiana
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
15. FECHA NACIMIENTO: 30 08 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CAT. DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL — GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: positiva.
23. AFP: Porvenir
24. IBC: 1423500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR
TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN: # - 0 — COMPLEMENTO DIRECCIÓN
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO: Arauca
MUNICIPIO/ DISTRITO: Saravena
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NS [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO — PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO — DÍA — MES — AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO (F M T NS Otro)	40. SEXO IDENTIFICACIÓN (F M T NS Otro Cual?)	41. LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS DEPART. MUNICIPIO)	42. FECHA DE NACIMIENTO (DÍA MES AÑO)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PORTAFOLIO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	46. GRUPO DE POBLACIONES ESPECIALES	47. TIENE ENCUESTA SISBEN SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	GRUPO	49. DIS CAPACIDAD SI	NO	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1																		
B2																		
B3																		
B4																		
B5																		

	TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO SUBSIDIADO	DIRECCION	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRONICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (SI PERTENECE POR LA UPC)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACION DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social: Consorcio Acueducto Agua Santa NIT
56. Tipo documento de identificación
57. Numero del documento de identificación: 9020118339
58. Dirección: Cll 15 #10 -35 0
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO: Arauca
MUNICIPIO: Saravena

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACION DE LA INSCRIPCION EN LA EPS Cod/no: ____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código ____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCION EPS RETORNO AL PAÍS I. RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [X]
15. TRASLADO
A) MISMO REGIMEN [ ]
B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [X]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN — PRIMER APELLIDO: Calderon — SEGUNDO APELLIDO: Garaa — PRIMER NOMBRE: Ana — SEGUNDO NOMBRE: Elcy
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 68249520
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NS [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO — DÍA — MES — AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 12 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

68. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(a) reportado(s) dependen económicamente de mi. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS — PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

ANA CALDERON — 80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
JOSE LIZARAZO — 81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN [ ] NS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] — Total 0
83. Copia del dictamen de interdicción 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 Acta administrativa o providencia de los actos frente a los que conste la calidad de beneficiario y se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos 0

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio — Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES — Primer apellido — Segundo apellido — Primer nombre — Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN — DÍA — MES — AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN — DÍA — MES — AÑO

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

1380

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	1 de Diciembre de 2024

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

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

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	
NIT: 902011839	Dirección de la Empresa: CL 15 10 35	Ciudad: SARAVENA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: conselectrosltda2012@hotmail.com	Número Telefónico: 3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación	No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC X CE PPT	96123784	1996-07-18	1977-08-11	H	M	I
TI PAS PEP		Lugar Expedición: SARAVENA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
PINZON	MOSQUERA	WILLIAM

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. X CAS. [ ] SOL. [ ] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2025-12-15	$ 1807110	Fijo X Integral [ ] Variable [ ]

Dirección Domicilio:	Barrio:
VEREDA AGUA SANTA	SARAVENA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVENA	3228816462	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
yagonzalez91@hotmail.com	Fijo [ ]	Indefinido X			(Marque con una X) 120 [ ] 240 X

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	
NUEVA EPS	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	9211		

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

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

Grado Escolaridad (Marque con una X)					
Preescolar [ ]	Básica Adultos [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]			
Básica X	Secundaria Adultos [ ]	Profesional Universitario [ ]	No Disponible [ ]		
Secundaria [ ]	Media Adultos [ ]	Posgrado/Maestría [ ]			
Media [ ]	Primera Infancia [ ]	Ninguno [ ]			

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

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

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

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

DATOS SENSIBLES

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

Orientación Sexual: (Marque con una X)			
Heterosexual	☐	Bisexual	☐
Homosexual	☐	Información No Disponible	X

Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.

Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.

Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es veridica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI [X] NO [ ]

William Pinzón

FIRMA DEL TRABAJADOR

J. Lizarazo

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

Observaciones:

1382

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que WILLIAM PINZON MOSQUERA**, identificado con C.C No.96123784 ,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	**Fecha de inicio de cobertura: 1/12/2025** **Estado Afiliación: Activa** **Clase de Riesgo: 5**

Esta certificación se expide en la ciudad de Arauca a los 12 días del mes de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

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

1383

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILLIAM PINZON MOSQUERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **96123784,** se encuentra afiliado/a desde **07/01/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de diciembre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

1384

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN: 15 12 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante y cabeza de familia [X] a) Beneficiario a afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. Código

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Pinzon | SEGUNDO APELLIDO: Hosqueia | PRIMER NOMBRE: William | SEGUNDO NOMBRE:
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 96123784 | 11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ] | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] NO [ ] OTRO [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiano | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia DEP. Arauca Saravena | 15. FECHA NACIMIENTO: 11 08 1977

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 | 17. COMUNIDAD INDÍGENA | 18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CAT DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI [ ] NO [X] | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN | NIVEL | GRUPO | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. VIH: positivo
23. AFP: Porvenir | 24. IBC: 1423500 | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA | 26. RESIDENCIA | TELÉFONO CELULAR | TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN: # - | COMPLEMENTO DIRECCIÓN | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO: Arauca
MUNICIPIO/ DISTRITO: Saravena | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ] | IPS

D. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Conyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ] | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] NO [ ] OTRO [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | 34. FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. TIPO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DIA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	CATEGORÍA	50. VÍCTIMA DESPLAZAMIENTO: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS A REGISTRAR POR LA EPS
01							
02							
03							
04							
05							

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACION DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razon social: Consorcio acueducto agua santo N°7 | 56. Tipo documento de identificación | 57. Numero del documento de identificación: 902011839 | 3212859403 | 58. Tipo de aportante a asignar en el proceso de registro por la EPS: Dependiente
59. Direccion: Cll 15 # 10 -35 | CORREO ELECTRONICO | Arauca | Saravena

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACION DE LA INSCRIPCION EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. I. RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [X]
B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) DIFERENTE REGIMEN [ ]
B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCION SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Pinzon | SEGUNDO APELLIDO: Hosqueia | PRIMER NOMBRE: William | SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 96123784 | 62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ] | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] NO [ ] OTRO [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 11 08 1977 | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: 15 12 2025 | 67. MOTIVO DE TRASLADO Código | 68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O FACULTAD DE PERSONAS

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [X]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
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 será cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: William Pinzon
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio: JOSE VILLAMIZAR

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad [ ] Total 0
83. Copia del certificado 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 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 tutoría judicial o del acto administrativo de guarda. [ ]
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 activo o pensionado 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. Copia soporte de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
91. Copia con acta independiente o providencia de las actuaciones en las que conste la calidad de beneficiario y se ordene la atención de oficio [ ] Total Anexos 0

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DE IDENTIDAD | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN: DIA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DIA MES AÑO
OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

• ORIGINAL: E.P.S. •

Powered by CamScanner

1385

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que SILVESTRE QUIROGA FONTECHA**, identificado con C.C No.17526886 ,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	**Fecha de inicio de cobertura: 1/12/2025** **Estado Afiliación: Activa** **Clase de Riesgo: 5**

Esta certificación se expide en la ciudad de Arauca a los 12 días del mes de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

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

1386

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN 05 12 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] A1. Cotizante o cabeza de familia [X] A2. Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. Gestor [ ]
3. REGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CODIGO

II. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
	Quiroga	Fontecha	Silvestre	

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLOGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN	13. FECHA NACIMIENTO
CC	17.526.886	M [X]	F [ ] NB [ ] Cual?	26 07 1960

14. LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
	Colombiana	Santander	Landazuri

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDIGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBEN?	20. CLASIFICACIÓN SISBEN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACION ESPECIAL	22. RH
6		SI [ ] NO [X]		SI [ ] NO [X]					Positivo

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
Porvenir	1423500				

DIRECCIÓN	#	-	O	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
						Arauca

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	#PS
Saravena		CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR - Datos de identificacion del beneficiario (Cumplase si el beneficiario es diferente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLOGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		M [ ] F [ ]	F [ ] M [ ] NB [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	34. FECHA NACIMIENTO
					DIA MES AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NUMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DIA	MES	AÑO
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

	Datos complementarios del Beneficiario			43. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	44. ¿TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	45. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	46. DISCAPACIDAD	47. DISCAPACIDAD CERTIFICADA	48. INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL	SI	NO	49. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD															
C1																		
C2																		
C3																		
C4																		
C5																		

	TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO NOMINAL	DIRECCION	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRONICO	53. IPS	54. CODIGO DE LA IPS (A SELECCIONAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACION DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razon social	56. Tipo documento de identificación	57. Numero del documento de identificación	58. Tipo de Aportante (Empleador, Pensionado, Independiente, Dependiente, Cabeza de familia, Otro)
Consorcio acueducto aguasanto	NIT	900201839	3212859403 Dependiente

59. Direccion				CORREO ELECTRONICO	
Cll 15	# 10 - 35	O			Arauca Saravena

V. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD			
1. MODIFICACION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION	[ ]	9. INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR	[X]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION	[ ]	10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	[ ]
3. ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	[ ]	11. INSCRIP CION EPS RETORNO AL PAÍS \ RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA	[ ]
4. ACTUALIZACION Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS	[ ]	12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	[ ]
5. TERMINACION DE LA INSCRIPCION EN LA EPS Codigo ____	[ ]	13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	[ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Código ____	[ ]	14. MOVILIDAD A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL REGIMEN SUBSIDIADO	[X]
7. INCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	[ ]		
8. EXCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	[ ]		

15. TRASLADO A) MISMO REGIMEN B) DIFERENTE REGIMEN	[ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO	[ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE	[ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO	[ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	[ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCION SOLIDARIA	[ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA	[ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Quiroga	Fontecha	Silvestre	

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLOGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC	17526886	M [X]	F [ ] M [ ] NB [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
26 07 1960		15 12 2023		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi.	[X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	[ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad	[ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	[ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	[ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	[ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013	[ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE)	[X]
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 Por Ley asume el pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Silvestre Quiroga	JOSE LIZARAZO

X. ANEXOS

82. Anexa copia del documento de identidad	CN	TI	RC	TI	CC	CE	PE	PA	CD	AS	PT
Cantidad											

Total 0

83. Copia de la tarjeta de propiedad del vehículo expedida por la autoridad competente	[ ]
84. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital	[ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y el acuerdo sobre la custodia, visitas, cuota alimentaria y administración de los bienes de la unión marital	[ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor	[ ]
87. Copia de la sentencia judicial de tutela, administrativa de custodia	[ ]
88. Documento original que acredite la ausencia de la patria potestad y del certificado de defunción de los padres o la sentencia judicial que declare la pérdida de la patria potestad	[ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 5 1.3.1.5 del Decreto 780 de 2016	[ ]
90. Certificación de afiliación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	[ ]
91. Copia de los soportes que acrediten la calidad de pensionado o de las que acredite la calidad de beneficiario a las cuales la afiliación da derecho	[ ]

Total Anexos 0

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DIA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACION DIA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

Recuerda que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

1387

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	11 de Diciembre de 2024

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

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

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	
NIT: 902011839	Dirección de la Empresa: CL 15 10 35	Ciudad: SARAVENA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: conselectrosltda2012@hotmail.com	Número Telefónico: 3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación						No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT		91436917	1989-06-30	1971-04-24	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: BARRANCABERMEJA	Ciudad de Nacimiento: BARRANCABERMEJA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
JIMENEZ	PEREZ	RAMIRO

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. [ ] CAS. [ ] SOL. [X] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2025-12-15	$ 3277800	Fijo X Integral [ ] Variable [ ]

Dirección Domicilio:	Barrio:
Diagonal 30 N 659	SARAVENA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVENA	3186498288	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
rajimenezp_24@hotmail.com	Fijo		Indefinido	X	(Marque con una X) 120 [ ] 240 [X]

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:		
NUEVA EPS	TOPOGRAFO	2165			
Sector Agropecuario:	**Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)**	**Vivienda:**	**Zona:**	**Cap. Trabaj.**	
(Marque con una X) SI [ ] NO [X] La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.	(Marque con una X) Agricultura [ ] Silvicultura [ ] Ganadería [ ] Pesca [ ] Avicultura [ ] Apicultura [ ] Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada	(Marque con una X) Propia [ ] Familiar [ ] Arrendada [X] Hipoteca [ ]	(Marque con una X) Rural [ ] Urbana [X]	(Marque con una X) Normal [X] Discapac. [ ]	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).

Grado Escolaridad (Marque con una X)							
Preescolar [ ]	Básica Adultos [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]					
Básica [ ]	Secundaria Adultos [ ]	Profesional Universitario [X]	No Disponible [ ]				
Secundaria [ ]	Media Adultos [ ]	Posgrado/Maestría [ ]					
Media [ ]	Primera Infancia [ ]	Ninguno [ ]					

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

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

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

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

1388

DATOS SENSIBLES

Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Damnificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	No Disponible [X]
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☐	

Vigilado Supersubsidio

Orientación Sexual: (Marque con una X)			
Heterosexual	[X]	Bisexual	☐
Homosexual	☐	Información No Disponible	☐

Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.

Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.

Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado,con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adicion nucleo familiar no es necesario la firma del empleador.

B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

C)En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sencibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientacion Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Politica de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI [X] NO ☐



FIRMA DEL TRABAJADOR

José J. Lizcano

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

1389

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que RAMIRO JIMENEZ PEREZ**, identificado con C.C No.91436917 ,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	**Fecha de inicio de cobertura: 1/12/2025** **Estado Afiliación: Activa** **Clase de Riesgo: 5**

Esta certificación se expide en la ciudad de Arauca a los 12 días del mes de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

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

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

| | | |

1401

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	14
FECHA	1 de Diciembre de 2024

NOVEDAD

Afiliación Nueva	X
Cambio de Empresa	
Actualización Datos	

TIPO DE AFILIADO

Dependiente	X
Servicio Doméstico	
Madre Comunitaria	
Taxista	

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

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025	
NIT: 902011839	Dirección de la Empresa: CL 15 10 35	Ciudad: SARAVENA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: conselectrosltda2012@hotmail.com	Número Telefónico: 3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación						No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo (Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT		1007646171	2018-10-29	2000-09-01	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: SARAVENA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA		X	

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
VILLAMIZAR	VALLEJO	NOEMI

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. [ ] CAS. [ ] SOL. [X] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2025-12-15	$ 1807110	Fijo [X] Integral [ ] Variable [ ]

Dirección Domicilio:	Barrio:
VEREDA AGUA SANTA	SARAVENA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVENA	3212654458	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes: (Marque con una X)
vallejonoemi2002@gmail.com	Fijo		Indefinido	X	120 [ ] 240 [X]

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:
NUEVA EPS	AYUDANTE DE OBRA	9211	

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

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

Grado Escolaridad (Marque con una X)						
	Preescolar [ ]	Básica Adultos [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]			
	Básica [X]	Secundaria Adultos [ ]	Profesional Universitario [ ]	No Disponible [ ]		
	Secundaria [ ]	Media Adultos [ ]	Posgrado/Maestría [ ]			
	Media [ ]	Primera Infancia [ ]	Ninguno [ ]			

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

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

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

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0