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 [ ] B. Cotizante o cabeza de familia [X] B. Beneficiario o afiliado 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. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES — PRIMER APELLIDO: Villamizar — SEGUNDO APELLIDO: vallejo — PRIMER NOMBRE: Noemi — SEGUNDO NOMBRE:
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1007646171
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] — Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiana
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia — Arauca — saravena
15. FECHA NACIMIENTO: 01 09 2000

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CAT. DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE SISBEN: SI [ ] NO [ ]
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: C11 # - 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 (Cuny@ o compañer@ (3) 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: DÍA: — MES: — AÑO:

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Datos complementarios del Beneficiario			44. GRUPO DE POBLACIONES ESPECIALES	45. TIENE SISBEN EN ESTE MOMENTO		46. CLASIFICACIÓN SISBEN		47. DIS CAPACIDAD		48. SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO	49. Datos de residencia			ZONA		
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD		SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	SI	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN 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 razon social: Consorcio acueducto aguosanto NIT
56. Tipo documento de identificación: NIT
57. Numero del documento de identificacion: 902011839
58. Tipo de aportante o subtipo de aportante (si aplica): 3212859403 — dependiente
59. Direccion: C11 15 # 10 -35 0 — CORREO ELECTRÓNICO: — Arauca — saravena

B. 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 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 ADJUDICACION 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). 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) DESDE RÉGIMEN 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: Villamizar — SEGUNDO APELLIDO: vallejo — PRIMER NOMBRE: Noemi — SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1007646171
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 01 09 2000 — 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(os) 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 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. [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: Noemi Villamizar.
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 — Cantidad: CN [ ] MS [ ] PID [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] — 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, 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 detención 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 los autos definitivos en los 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 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: DÍA: MES: AÑO: — 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA: 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.

Powered by CamScanner

1406

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 / TI PAS PEP	1116788265	2008-08-27	1990-07-09	H: M: X I:
		Lugar Expedición: ARAUCA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA	

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
DURAN	GARCIA	MIRLEY YANITH

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: VEREDA AGUA SANTA		Barrio: SARAVENA
Ciudad donde Trabaja: SARAVENA	Número Telefónico: 3146833284	Nacionalidad: COLOMBIA
Correo electrónico del trabajador: garciamirley10@gmail.com		Tipo de contrato: (Marque con una X) 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 DE CONSTRUCCION	9211		120 [ ] 240 [X]

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

1407

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 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 articulos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, articulo 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 ☐

Miley Yaneth G.

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que MIRLEY YANITH GARCIA DURAN**, identificado con C.C No.1116788265 ,** 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

SARL_13_2_2_FR01 v_08

MIS_4_1_1_FR15 v_010

1409

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:

MIRLEY YANITH GARCIA DURAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.788.265**, 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.

1410

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva EPS

15 12 2025

Caicedo Duran Miller Yaneth

CC 1116788265

Colombia Arauca Saravena 09 07 1990

6 Positiva

Poliveli 1423500 Arauca

Saravena

Consorcio acueducto agua santo NIT 902011839 3212359403 Dependiente

Cll 15 #10 - 35 Arauca Saravena

Caicedo Duran Miller Yaneth

CC 1116788265 09 07 1990 15 12 2025

Miller Yaneth Caicedo

JOSE LIZARAZO

1411

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		33516440	2002-08-09	1984-05-10	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: CUBARA	Ciudad de Nacimiento: ARAUQUITA		X	

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
GUERRERO	GARCIA	MARILY

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 AGUASANTA	SARAVENA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVENA	3102997816	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
gmarily33@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 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 [ ]					
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 [ ]				
Comunidad Negra [ ]	Palenquero [ ]	ROOM/GITANO [ ]	No Disponible [X]				

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

1472

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 ☐	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible [X]	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 ☐

Marly Guerrero

FIRMA DEL TRABAJADOR

J. Lizcano

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que MARILY GUERRERO GARCIA**, identificado con C.C No.33516440 ,** 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_05

MIS_4_1_3_FR15 v_010

1414

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:

MARILY GUERRERO GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **33.516.440**, 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.

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: 4. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] B. Cotizante Cabeza de Familia [X] C. Beneficiario o Afiliado Adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Independiente [ ] D. Pensionado [ ]
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

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO: Guerrero | SEGUNDO APELLIDO: Garcia | PRIMER NOMBRE: Marily | SEGUNDO NOMBRE:
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 33516440
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiana
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia | Arauca | Arauquita
15. FECHA NACIMIENTO: 10 05 1984

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 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

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificacion 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: 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 BIOLÓGICO F	M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro	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. DISCAPACIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	49. DIS CAPACIDAD SI	NO	CAT. DISCAPACIDAD	50. PERTENENCIA ÉTNICA SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	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 RESPECTIVO	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA EPS A REALIZAR 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: Consorcio acueducto agua santa NIT
56. Tipo documento de identificación
57. Número del documento de identificación: 902011834
58. Tipo de aportante y subtipo de aportante: 32128519403 Dependiente
59. Dirección: Cll 15 #10 -35 O
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO: Arauca
MUNICIPIO: Saravena

B. REPORTE DE NOVEDADES

9. 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 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 Y 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 RÉGIMEN
B) DIRIGIENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE EMPRENDIMIENTO [ ]
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: Guerrero | SEGUNDO APELLIDO: Garcia | PRIMER NOMBRE: Marily | SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 33516440
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 10 05 1984
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 12 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PASADIA SE 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) dependen económicamente de mi. [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 [X]
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 genera 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. Autortos 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: MARILY GUERRERO G
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 [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] 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 declara 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 y el certificado de ejecutoria 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 numerales 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 las autoridades competentes en las que conste la calidad de transeúntes 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 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: 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.

Powered by CamScanner

1416

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		88305944	1997-04-24	1978-09-13	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: TOLEDO	Ciudad de Nacimiento: TOLEDO	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
CAMPEROS	CAMARGO	LUIS ARTURO

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	3204501703	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
luis.camperos@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 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 [X] Familiar [ ] Arrendada [ ] Hipoteca [ ]	(Marque con una X) Rural [ ] Urbana [X]	(Marque con una X) Normal [X] Discapac. [ ]	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).

Grado Escolaridad (Marque con una X)							
Preescolar	[ ]	Básica Adultos	[ ]	Técnico/Tecnológico	[ ]	No Disponible	[ ]
Básica	X	Secundaria Adultos	[ ]	Profesional Universitario	[ ]		
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	X
Comunidad Negra	[ ]	Palenquero	[ ]	ROOM/GITANO	[ ]	No Disponible	[ ]

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

7417

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 ☐

Jesus Arlen

FIRMA DEL TRABAJADOR

Jose J. Lizcano

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que LUIS ARTURO CAMPEROS CAMARGO**, identificado con C.C No.88305944 ,** 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_09

MIS_4_1_3_FR15 v_010

1419

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS ARTURO CAMPEROS CAMARGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **88305944,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2010** 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.

1420

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] B. Cotizante a cabeza de familia [X] C. Beneficiario a cargo 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 [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CRUCE

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Camperos | SEGUNDO APELLIDO: Camargo | PRIMER NOMBRE: Luis | SEGUNDO NOMBRE: Arturo
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 88.305.944
11. SEXO BIOLOGICO: M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiano
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia | Norte Santander | Toledo
15. FECHA NACIMIENTO: 13 | 09 | 1978

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. CLASIFICACIÓN SISBEN
NIVEL
GRUPO
21. GRUPO POBLACION ESPECIAL
22. ARL: positiva
23. AFP: Porvenir
24. IBC: 7423500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
TELEFONO 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 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 [ ] T [ ] NB [ ] 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 BIOLÓGICO	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. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD INDIGENA	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN SI	47. NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	GRUPO	49. DIS CAPACIDAD SI	49. NO	CAT. DE DISCAPACIDAD	50. RESPONSABLE PARENTESCO SI	50. NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA URBANO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1																		
B2																		
B3																		
B4																		
B5																		

	TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	52. EPS DE LA QUE DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCION	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRONICO	53. IPS	54. CODIGO DE LA IPS (A REGISTRAR 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 AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razon social: Consorcio acueducto agua santo
56. Tipo documento de identificación: NIT
57. Numero del documento de identificación: 902011839
321 885 9403
58. Tipo de aportante (Dependiente, Pensionado, Independiente, Cabeza de familia, Beneficiario a cargo, Cotizante, Beneficiario, Afiliado adicional): Dependiente
59. Direccion: Cll 15 # 10 - 35 0
CORREO ELECTRONICO
Arauca
Saravena

VI. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACION DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION [ ]
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 ADQUISICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA SEGUIR COTIZANDO [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES [ ]
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 [X]
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL REGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO
a) DESDE 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 CONTRIBUCION SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Camperos | SEGUNDO APELLIDO: Camargo | PRIMER NOMBRE: Luis | SEGUNDO NOMBRE: Arturo
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 88305944
62. SEXO BIOLÓGICO: M [X]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 13 | 09 | 1978
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 | 12 | 2022
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACION 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 actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de suspensión 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
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Luis Arturo C.
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: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] RC [ ] 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 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 antecedentes o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración 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 las que conste el cambio de beneficiario a un miembro 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: 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

1421

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		1006409912	2019-11-08	2001-10-16	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: SARAVENA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA		X	

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
CAMPEROS	VILLAMIZAR	LUDY JOHANA

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	3138834576	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
camperosludy322@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

1422

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	

Vigilado Supersubsidio

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 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 [ ]

Ludy Comperos

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

17423

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 LUDY JOHANA CAMPEROS VILLAMIZAR**, identificado con C.C No.1006409912 ,** 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_FR01 v_09

MIS_4_1_1_FR15 v_010

1424

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:

LUDY JOHANA CAMPEROS VILLAMIZAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.409.912**, 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:

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.

1425

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN 15 12 2023

I. DATOS DEL TRÁNSITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Beneficiario [ ] C. Adicional [ ]
3. REGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. COTIZACIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cónyuge [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Otros [ ]
7. SUBSIDIO: A. Cotización [ ] B. Subsidio [X]

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO Camperos | SEGUNDO APELLIDO Villamizar | PRIMER NOMBRE Ludy | SEGUNDO NOMBRE Johana
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.006.409.912
11. SEXO BIOLÓGICO: M [X] F [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [X] F [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiano
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia | Arauca | Saravena
15. FECHA NACIMIENTO: 16 10 2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CUAL DISCAPACIDAD
18. TIENE UNO ESTA SISBEN: SI [ ] NO [X]
19. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. RH: positivo
23. APS: Dojuvenil
24. IPC: 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 [ ]
PS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Continuar si completa los 20 primeros 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: M [ ] F [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [ ] F [ ] 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. ETNIA	44. DISCAPACIDAD	45. TIENE UNO ESTA SISBEN	46. CLASIFICACIÓN SISBEN	47. DIS CAPACIDAD	48. RESIDENCIA PERMANENTE	49. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
01		SI NO	SI NO	NIVEL GRUPO	SI NO	SI NO			
02									
03									
04									
05									

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	51. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS A PRESTAR 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: Consorcio acueducto agua Santa
56. Tipo documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 902011839
58. Tipo de aportante (Dependiente, Independiente, Pensionado, Otro): 3217859403 | Dependiente
59. Dirección: Cll 15 # 10 - 35 0
CORREO ELECTRÓNICO: Arauca | Saravena

VI. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADJUDICACIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD
a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO
a) DESDE ARGENTINA
b) DESDE EL EXTERIOR
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 [X]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Camperos | SEGUNDO APELLIDO: Villamizar | PRIMER NOMBRE: Ludy | SEGUNDO NOMBRE: Johana
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006409912
62. SEXO BIOLÓGICO: M [X] F [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [X] F [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 16 10 2001
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 12 2023
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. 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 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 expreso 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 Numeros 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 sus 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 | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

Anexos que se presentan con la solicitud
CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] PA [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad
Total 0

82. Copia del documento de identidad del cotizante por la autoridad competente
83. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
84. Copia de la tarjeta o libreta de identidad del menor de edad beneficiario cuando aplique, o certificado expedido por la autoridad competente donde conste la información de la unión marital
85. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
86. Copia de la sentencia judicial o acta administrativa de custodia
87. Documento donde conste el vínculo de la pareja afiliada y el certificado de defunción de la pareja o la declaración jurada por el cotizante sobre la existencia de los dos puntos
88. Copia de la autorización de afiliación por parte de la Unidad Administrativa Especial de Salud Nacional, en el marco de lo establecido en el artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
89. Certificado de discapacidad expedido por la autoridad competente
90. Copia del documento de identidad del padre o madre cotizante cuando el beneficiario sea menor de edad
91. Copia del documento de identidad del padre o madre cotizante cuando el beneficiario sea mayor de edad y se encuentre incapacitado permanentemente
92. Copia del documento de identidad del padre o madre cotizante cuando el beneficiario sea mayor de edad y se encuentre estudiando
93. Copia del documento de identidad del padre o madre cotizante cuando el beneficiario sea mayor de edad y se encuentre desempleado
94. Copia del documento de identidad del padre o madre cotizante cuando el beneficiario sea mayor de edad y se encuentre pensionado
95. Copia del documento de identidad del padre o madre cotizante cuando el beneficiario sea mayor de edad y se encuentre cotizando
96. Copia del documento de identidad del padre o madre cotizante cuando el beneficiario sea mayor de edad y se encuentre cotizando
97. Copia del documento de identidad del padre o madre cotizante cuando el beneficiario sea mayor de edad y se encuentre cotizando
98. Copia del documento de identidad del padre o madre cotizante cuando el beneficiario sea mayor de edad y se encuentre cotizando
99. Copia del documento de identidad del padre o madre cotizante cuando el beneficiario sea mayor de edad y se encuentre cotizando
100. Copia del documento de identidad del padre o madre cotizante cuando el beneficiario sea mayor de edad y se encuentre cotizando
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

Declaro que toda la información suministrada en el presente formulario es veraz y corresponde a la realidad, en caso de presentar inconsistencias asumo la responsabilidad que se derive de la misma.

ORIGINAL E.P.S.

Powered by CamScanner

1426

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		80875811	2003-12-04	1984-03-12	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: BOGOTA, D.C.	Ciudad de Nacimiento: CUBARA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
PENA	ORTEGA	JHON ALEXANDER

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	3157066285	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
JHONALEXANDERPENAORTEGA@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 [ ] 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 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

1427

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	

Vigilado Supersubsidio

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

Jhon Alexander P

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

Hacienda

1428

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 JHON ALEXANDER PEÑA ORTEGA**, identificado con C.C No.80875811 ,** 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.

1429

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JHON ALEXANDER PEÑA ORTEGA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80875811,** estuvo afiliado/a al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO.*

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.

1430

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 TRAMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Beneficiario a cargo del cotizante [ ]
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. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Peña | SEGUNDO APELLIDO: Ortega | PRIMER NOMBRE: Jhon | SEGUNDO NOMBRE: Alexander
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80875811
11. SEXO BIOLOGICO: M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [X] F [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiano
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia | DEPTO: Boyaca | MUNICIPIO: Cubara
15. FECHA NACIMIENTO: DIA 12 MES 03 AÑO 1984

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDIGENA:
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 [ ] CENTRO AMPLIADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS:

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. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLOGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] NB [ ] 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	DEPART.	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 POBLACIONES ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	49. DIS CAPACIDAD: SI	NO	50. DESPLAZADO PERMANENTE: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO AMPLIADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		

	TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	52. TIPO DE LA TIPO DEL BENEFICIARIO ADICIONAL	DIRECCION	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRONICO	53. IPS	54. CODIGO DE LA IPS A REGISTRAR POR LA EPS(1)
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: Consorcio acueducto agua sanjo
56. Tipo documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 902011839
58. Dirección: cll 15 # 10 - 35 0
CORREO ELECTRÓNICO: 3212859403
Arauca
Dependiente
Saravena

D. REPORTE DE NOVEDADES

52. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BASICOS 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 ADQUISICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA 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 REGIMEN SUBSIDIADO [X]
15. TRASLADO
a) ENTRE REGIMEN [ ]
b) DIFERENTE REGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE INDEPENDIENTE [ ]
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 BASICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Peña | SEGUNDO APELLIDO: Ortega | PRIMER NOMBRE: Jhon | SEGUNDO NOMBRE: Alexander
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80875811
62. SEXO BIOLOGICO: M [X]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [X] F [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 12 03 1984
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 12 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR A PASADOR DE PERSONAS:

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(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [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 copia 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. Autorización para que la EPS realice el manejo de sus 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. Autorizo para que la EPS realice el manejo de sus 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]
75. 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 hará 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: Jhon Peña
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 [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad
Total 0
83. Copia del declaran de independencia 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 declara el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara 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 detención 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. Copia acuerdo de conciliación o de sentencia judicial para validar situaciones puntuales [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de los actos dados conjuntamente en los 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 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 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 EPS

Powered by CamScanner

1431

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 / PAS PEP	96125054	1981-05-27	1981-05-27	H	M	I
		Lugar Expedición: SARAVENA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
PINZON	MOSQUERA	JAIRO

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	3125289819	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)			
Jairopinzon2025@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 ESP	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	7112		120 [ ] 240 [X]

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

1432

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)	X	
	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	☐
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 aqui 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 [ ]

Joiro Pinzon

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

1433

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 JAIRO PINZON MOSQUERA**, identificado con C.C No.0 ,** 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_1_2_2_FR11 v_09

MIS_4_1_1_FR15 v_010

1434

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAIRO PINZON MOSQUERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **96125054,** se encuentra afiliado/a desde **30/04/2010** 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.

1435

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

1 17 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

II. AFILIACIÓN

III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

1. APELLIDOS Y NOMBRES	Pinzon	Hosquera	Jairo					
3. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	4. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	96125054	5. SEXO BIOLÓGICO	M	6. SEXO IDENTIFICACIÓN	X	
7. LUGAR DE NACIMIENTO	Colombia	Arauca	Saravena	8. FECHA NACIMIENTO	27	05	1981	

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS

14. EDAD	6	15. ¿PRESENTA DISCAPACIDAD? SI	NO X	16. ¿TIENE PUEBLO INDÍGENA? SI	NO X	20. CLASIFICACIÓN SISBEN		21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	Positivo
22. EPS	Polvenil	24. IPS	1423500	25. CAUSA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA		26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO	
DIRECCIÓN	# -		CORREO ELECTRÓNICO			DEPARTAMENTO	Arauca		
MUNICIPIO DISTRITO	Saravena	LOCALIDAD/COMUNA		ZONA	X				

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario

27. APELLIDOS Y NOMBRES								
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		30. SEXO BIOLÓGICO		31. SEXO IDENTIFICACIÓN	Cual?	
32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		34. FECHA NACIMIENTO	DIA	MES

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. LUGAR DE NACIMIENTO	40. FECHA DE NACIMIENTO

Datos complementarios del Beneficiario	41. ¿PRESENTA DISCAPACIDAD?	42. ¿TIENE PUEBLO INDÍGENA?	43. SISBEN CAPACIDAD	44. ¿ES CABEZA DE FAMILIA?	45. Datos de residencia	ZONA
	SI NO	SI NO		SI NO		

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	47. NOMBRE DE LA IPS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	51. IPS	52. CÓDIGO IPS DE LA IPS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

VI. 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

56. Nombre o razón social	57. Número del documento de identificación		58. Fecha de vinculación o inicio de labores en la empresa
Consorcio alvedro agrosanta NIT	902011839	3212859403	Dependiente
59. Dirección	CORREO ELECTRÓNICO		
Cll 15 # 10 - 35 O	Arauca	Saravena	

VII. REPORTE DE NOVEDADES

1. TIPO DE NOVEDAD		9. PACTO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR		14. TRASLADO	
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO		A) NUMERO DE MESES	
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN		11. INGRESO COMO EPS RETORNO AL PAEF		B) OPORTUNIDAD TRASLADO	
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD		12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		15. REPORTE DE FALLECIMIENTO	
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS		13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS		17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE	
5. TERMINACIÓN DE LA SUSCRIPCIÓN EN LA EPS Código ____		15. MOVILIDAD		18. REPORTE DE LA CALIDAD DE INDEPENDIENTE	
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código ____		A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO		19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO	
7. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO		20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	X			21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN							
PRIMER APELLIDO	Pinzon	SEGUNDO APELLIDO	Hosquera	PRIMER NOMBRE	Jairo	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	96125054	62. SEXO BIOLÓGICO	X	63. SEXO IDENTIFICACIÓN	Cual?
64. FECHA NACIMIENTO	27 05 1981	65. EPS ANTERIOR		66. FECHA DE NOVEDAD	15 12 2025	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencias económicas 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 internacionalidad 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 lo 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 expreso 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 tiempos legales, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RINE).

77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Corresponsión Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.

78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y los aportes en Corresponsión Solidaria, según a encuesta del Sisbén vigente.

IX. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

X. FIRMAS

80. Firma del cotizante, beneficiario o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Jairo Pinzon	JOSE LIZARAZO.

XI. ANEXOS

Folios Anexos 0

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

82. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del Departamento	83. NÚMERO DE LA RADICACIÓN

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

84. APELLIDOS Y NOMBRES					
85. CÓDIGO DE LA IPS O DE LA ENTIDAD	86. FIRMA DEL FUNCIONARIO	87. FECHA DE RADICACIÓN	DIA	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 de la afiliación.

ORIGINAL EPS

Powered by CamScanner

1436

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		96189120	1993-05-11	1974-05-29	H	M	I
		PAS		PEP			Lugar Expedición: SARAVENA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
PAEZ	MATEUS	JAIMAR

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. [ ] CAS. [X] 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	3246340429	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
paezjaimar63@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:		
COOSALUD	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	9313			
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	[ ]	
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

1437

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	

Vigilado Supersubsidio

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 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 [ ]

Jaima Paez

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

1438

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 JAIMAR PAEZ MATEUS, **identificado con C.C No.96189120 ,** 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_FR01_v_28

MIS_4_1_1_FR15 v_010

1439

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAIMAR PAEZ MATEUS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **96189120,** 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.

1440

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva

01 12 2025

Paez Matus Jaimar

CC 96189120

Colombia Arauca Saravena 29 05 1974

6 Positivo

Polvenir 7423500 Arauca

Saravena

Consorcio acueducto aguasanto NIT 902011839 3217859403 dependiente

Cll 15 # 10 - 35 Arauca Saravena

DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Paez Matus Jaimar

CC 96189120

29 05 1974 15 12 2025

Jaimar Paez JOSE LIZARAZO.

ORIGINAL EPS

ORIGINAL EPS

Powered by CamScanner

1441

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		1115739938	2014-04-08	1994-07-31	H	M	I
		PAS		PEP			Lugar Expedición: SARAVENA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
GARCIA	PENA	ISAI

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:
CARRERA 4 3 42	ARAUCA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVENA	3508205913	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
Isai.garci@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	[ ]	
	Básica	[ ]	Secundaria Adultos	[ ]	Profesional Universitario	[ ]	No Disponible [ ]
	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

1442

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 ☐

Isai Garcia Peña

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

1443

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 ISAI GARCIA PEÑA, **identificado con C.C No.1115739938 ,** 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_FR11_v_09

MIS_4_1_1_FR15 v_010

1444

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:

ISAI GARCIA PEÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.115.739.938**, 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.

1445

BORRAR 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 [ ] 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: Garcia | SEGUNDO APELLIDO: Peña | PRIMER NOMBRE: Isai | SEGUNDO NOMBRE:
9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1115739938
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiana
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia | Arauco | Saravena
15. FECHA NACIMIENTO: 31 | 07 | 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. CONSEJO COMUNITARIO / RESGUARDO 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: positivo
22. ARL: Positiva
23. IBC: 1423500
24. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
25. TELÉFONO CELULAR
26. TELÉFONO FIJO
27. DIRECCIÓN: # - 0
28. COMPLEMENTO DIRECCIÓN
29. CORREO ELECTRÓNICO
30. DEPARTAMENTO: Arauco
31. MUNICIPIO/ DISTRITO: Saravena
32. LOCALIDAD/COMUNA
33. ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ]
34. IPS

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
36. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
37. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
38. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
39. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
40. NACIONALIDAD
41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
42. 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	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. CONSEJO COMUNITARIO	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: M	F	CUAL?	50. DESPLAZADO: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	PUNTO FRONTERA
B1							N												
B2							N												
B3							N												
B4							N												
B5							N												

	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 REPORTAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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: Consorcio acueducto agua santo
56. Tipo documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 900211839
58. 3212859407
59. Tipo de aportante: Independiente
60. Dirección: Cll 15 #10 - 35 0
CORREO ELECTRÓNICO: Arauco | Saravena

B. REPORTE DE NOVEDADES

14. 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 [ ]
8. 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 1. 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 [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 [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Garcia | SEGUNDO APELLIDO: Peña | PRIMER NOMBRE: Isai | SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1115739938
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 31 | 07 | 1994
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 | 12 | 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O FONDO 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) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [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 | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

82. Anexo criolla del Documento de Identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] NC [ ] 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 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 orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
83. 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 las que conste 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 EPS

Powered by CamScanner

1446

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		88255608	2000-02-14	1982-02-11	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: CUCUTA	Ciudad de Nacimiento: CUCUTA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
BORRERO	MERCHAN	HENRY

Estado Civil: (Marque con una X)	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:
UL. X CAS. [ ] SOL. [ ] SEP. [ ] DIV. [ ] VIU. [ ]	2025-11-27	$ 3000000	Fijo X Integral [ ] Variable [ ]

Dirección Domicilio:	Barrio:
CLL 25 8 28	SARAVENA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVENA	3112651165	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
HENRYCO1@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	INGENIERO RESIDENTE	2142		

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 [ ]				
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 [ ]	
Comunidad Negra [ ]	Palenquero [ ]	ROOM/GITANO [ ]	No Disponible	X

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

1447

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	☐
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 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 ☐

Henry Borrero

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

1448

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 HENRY BORRERO MERCHAN**, identificado con C.C No.88255608 ,** 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.

1449

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:

HENRY BORRERO MERCHAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **88.255.608**, 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.

1450

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN: 08 12 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] A1. Cotizante (cabeza de familia) [X] A2. Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. 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. CONVIO [ ]

II. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO: Bonicio | SEGUNDO APELLIDO: Herchan | PRIMER NOMBRE: Henry | SEGUNDO NOMBRE:
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 88255608
11. SEXO BIOLÓGICO: X
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: X | Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiano
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia | Norte de santander | Cucuta
15. FECHA NACIMIENTO: 11 02 1982

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 6
17. MUNICIPIO DE RESIDENCIA
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: # - | COMPLEMENTO DIRECCIÓN | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO: Arauca
MUNICIPIO/DISTRITO: Saravena | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] RURAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] | IPS

III. 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 [ ] 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 BIOLÓGICO	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. TIPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	44. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI	NO	45. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	46. DISCAPACIDAD: SI	NO	CATEGORÍA	47. PERTENENCIA ÉTNICO CULTURAL	48. GRUPO POBLACIONAL	49. DIS CAPACIDAD: SI	NO	CATEGORÍA	50. RESPONSABLE PAGO: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	BARRIO	ZONA: CÓDIGO	NOMBRE	DIRECCIÓN
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 PRIMERA POR LA EPS
01							
02							
03							
04							
05							

IV. 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: Consolidado acueducto agua santa NIT
56. Tipo documento de identificación
57. Número del documento de identificación: 900211839
TELÉFONO: 3212859403
58. Tipo de aportante o independiente que paga por otro: Dependiente
59. Dirección: Cll 15 # 10 - 35
CORREO ELECTRÓNICO: Arauca
Saravena

V. 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 1. 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) DESDE RÉGIMEN [ ]
B) DEPENDIENTE PECUEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE 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: Bonicio | SEGUNDO APELLIDO: Herchan | PRIMER NOMBRE: Henry | SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 88255608
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] | Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 11 02 1982
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 12 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CLAVE DE CUMPLIMIENTO FAMILIAR O PÉRDIDA 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) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no preexistencia 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 lo 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 la 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 reg strado 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 como afiliado 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: Henry Bonicio
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: JOSE ULARAZO

X. ANEXOS

82. Anexo según el tipo de documento de identidad: CN [ ] MS [ ] HC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad | Total 0
83. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital [ ]
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 o 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 parental o del acta administrativa de custodia [ ]
88. Documento en el cual conste la pérdida de la Patria Potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración anterior por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de pago 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 validación y una relación autorizada (Mini-letter de Medellín) cuando [illegible] [ ]
91. Copia de otra información o documentos de los que trata el numeral 2 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 que soporte la calidad de independiente o de afiliado 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: 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

1451

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		96126193	2003-10-21	1985-06-19	H	M	I
		PAS		PEP			Lugar Expedición: SARAVENA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
PINZON	MOSQUERA	GILBERTO

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	3219596434	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
pinzongilberto667@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	AYUDANT 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 [X] Familiar [ ] Arrendada [ ] Hipoteca [ ]	(Marque con una X) Rural [ ] Urbana [X]	(Marque con una X) Normal [X] Discapac. [ ]	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).

Grado Escolaridad (Marque con una X)						
Preescolar [ ]	Básica Adultos [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]				
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	[X]
Comunidad Negra	[ ]	Palenquero	[ ]	ROOM/GITANO	[ ]	No Disponible	[ ]

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

1452

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 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 ☐

Gilberto Pinzón

FIRMA DEL TRABAJADOR

José J. Lizcano

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

1453

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 GILBERTO PINZON MOSQUERA**, identificado con C.C No.96126193 ,** 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

MIS_4_1_3_FR15 v_010

1454

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GILBERTO PINZON MOSQUERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **96126193,** se encuentra afiliado/a desde **30/04/2010** 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

FECHA DE RADICACIÓN: 15 12 2025

I. DATOS DEL TRAMITE

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] C. Cotizante o cabeza de familia [X] D. Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. ACCIONES: 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. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES: PRIMER APELLIDO: Pinzon | SEGUNDO APELLIDO: Hosguera | PRIMER NOMBRE: Gilberto | SEGUNDO NOMBRE:
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 96126193
11. SEXO BIOLÓGICO: M [X] F [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [X] F [ ] NAS [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiano
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia | Arauco | Saravena
15. FECHA NACIMIENTO: 19 06 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CAT. DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE HIJO ESTA SUSCRITO: 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: URBANA [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO [ ]

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 [ ] NAS [ ] 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	39. SEXO BIOLÓGICO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	40. SEXO IDENTIFICACIÓN M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN NAS	40. SEXO IDENTIFICACIÓN Otro	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	41. LUGAR DE NACIMIENTO DEPARTAMENTO	41. LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DIA	42. FECHA DE NACIMIENTO MES	42. FECHA DE NACIMIENTO AÑO
01																
02																
03																
04																
05																

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE HIJO(S) ESTA(N) SUSCRITO(S) SI	47. TIENE HIJO(S) ESTA(N) SUSCRITO(S) NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	48. CLASIFICACIÓN SISBEN GRUPO	49. DIS CAPACIDAD SI	49. DIS CAPACIDAD NO	50. DISCAPACIDAD (CATEGORÍA)	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO	ZONA URBANA	ZONA CENTRO POBLADO	ZONA RURAL DISPERSO	ZONA RESTO
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. MUNICIPIO DE LA IPS DEL AFILIADO SELECCIONADO	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (SI SELECCIONADO 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: Consorcio acueducto agua santo
56. Tipo documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 902011839
58. Tipo de aportante y actividad IPS: 3212859403 Dependiente
59. Dirección: ell is # 10 - 35 0
CORREO ELECTRÓNICO:
Arauca Saravena

VI. 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 RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
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 [ ]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: PRIMER APELLIDO: Pinzon | SEGUNDO APELLIDO: Hosguera | PRIMER NOMBRE: Gilberto | SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 96126193
62. SEXO BIOLÓGICO: F [X]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] NAS [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 19 06 1985
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 15 12 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O FALLECIDO DE PENSIONES:

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

68. 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. [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 los textos en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

IX. 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

X. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Gilberto Pinzon
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: Jose Linarazo

XI. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] NS [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] DE [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad
TURN: 0
83. Copia del documento de nacionalidad 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 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 actualización o acta de entrega del menor. [ ]
91. Copia de la tutela, poder o auto administrativo de Custodia. [ ]
92. Documento en que conste la petición de la parte peticionaria o el certificado de defunción de los padres o la declaración escrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
93. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.2 del Decreto 780 de 2016 [ ]
95. Certificación de vinculación a una Entidad autorizada para realizar Afiliaciones colectivas [ ]
97. Copia del acta administrativa o providencia de las autoridades en las que conste la calidad de menor abandonado y se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos: 0

XII. 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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO 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 su firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Powered by CamScanner

1456

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: ARAUCA
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		1098695629	2008-11-24	1990-04-10	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: BUCARAMANGA	Ciudad de Nacimiento: SARAVENA		X	

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
ROA	GAMBOA	JESSIKA NATHALIA

Estado Civil: (Marque con una X)								Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:					
UL.		CAS.		SOL.	X			2025-11-27	$ 2000000	Fijo	X	Integral		Variable	
SEP.		DIV.		VIU.											

Dirección Domicilio:	Barrio:
CR 14 25 38 BRR CENTRO	ARAUCA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
ARAUCA	3052903727	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
ingnathaliaroa@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	HSE	2142			
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	X
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

1457

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 ☐	Bisexual ☐	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Homosexual ☐	Información No Disponible [X]	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 ☐

NATHALIA ROA GAMBOA

FIRMA DEL TRABAJADOR

Jose J. Lizcano

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

1458

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:

JESSIKA NATHALIA ROA GAMBOA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.695.629**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 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.

1459

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		1007207010	2014-01-16	1996-01-11	H	M	I
TI		PAS		PEP			Lugar Expedición: VILLAVICENCIO	Ciudad de Nacimiento: TAME		X	

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
BARON	GONZALEZ	KARENTH DANIELA

Estado Civil: (Marque con una X)								Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:					
UL.		CAS.		SOL.	X	SEP.		DIV.		VIU.		2025-11-27	$ 3000000	Fijo	X	Integral		Variable	

Dirección Domicilio:	Barrio:
Calle 14 03 66	

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVENA	3125191544	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)				Horas Laboradas en el Mes:
d.barongonzalez@outlook.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	ING AMBIENTAL	2143		

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			
Básica		Secundaria Adultos		Profesional Universitario	X	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

1460

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	

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 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 ☐

Daniela Barón

FIRMA DEL TRABAJADOR

José J. Lizarazo

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

1461

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:

KARENTH DANIELA BARON GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.207.010**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 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.

1462

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		80145147	2002-10-21	1984-01-10	H	M	I
		PAS		PEP			Lugar Expedición: BOGOTA, D.C.	Ciudad de Nacimiento: ARAUQUITA	X		

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
JEREZ	SERRANO	FONAL FRANCISCO

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	3106490974	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)			
fonaljerez14@gmail.com	Fijo [ ]	Indefinido X	Horas Laboradas en el Mes: (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 [ ]			
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	[X]
Comunidad Negra	[ ]	Palenquero	[ ]	ROOM/GITANO	[ ]	No Disponible	[ ]

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

1463

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 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 ☐

FONANFIJOS

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR

Observaciones:

1464

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 FONAL FRANCISCO JEREZ SERRANO, **identificado con C.C No.80145147 ,** 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

SIAS_13_2_2_FR01_v26

MIS_4_1_1_FR15 v_010

1465

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FONAL FRANCISCO JEREZ SERRANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **80145147,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2011** 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.

1466

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

I. DATOS DEL TRAMITE

FECHA DE RADICACIÓN: 15 12 2025

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] B. Cotizante - Cabeza de Familia [X] C. Beneficiario o Afiliado adicional [ ]
3. REGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cónyuge [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

II. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Jerez | SEGUNDO APELLIDO: Serrano | PRIMER NOMBRE: Fonal | SEGUNDO NOMBRE: Francisco

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 10. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80145147 | 11. SEXO BIOLOGICO: M [X] | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [X] | Cual?

13. NACIONALIDAD: Colombiano | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia | Arauca | Arauquita | 15. FECHA NACIMIENTO: 10 01 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 | 17. COMUNIDAD INDIGENA | 18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CAT. DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE ENCO ESTA 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 | TELEFONO CELULAR | TELEFONO FIJO

DIRECCIÓN: # - | COMPLEMENTO DIRECCIÓN | CORREO ELECTRONICO | DEPARTAMENTO: Arauca

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

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. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLOGICO: F [ ] M [ ] | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB 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. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
B1					F M	F M T NB Otro	PAIS DEPART. MUNICIPIO	DIA MES AÑO
B2								
B3								
B4								
B5								

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. OTROS DE PERTENENCIA ESPECIAL	47. TIENE PERMISO SOJOURN: SI / NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL / GRUPO	49. DIS CAPACIDAD	50. PERTENENCIA ETNICA: SI / NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO	ZONA
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

	TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	52. Otros de la EPS del afiliado adicional	DIRECCION	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRONICO	53. IPS	54. CODIGO DE LA IPS (Si requiere por la EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social: Consorcio acueducto agua Santa | 56. Tipo documento de identificación: NIT | 57. Numero del documento de identificación: 902011839 | 321285903 | 58. Tipo de aportante y modalidad (Requerido para la PILA de la EPS): Dependiente

59. Dirección: Cll 15 # 10 - 35 | CORREO ELECTRONICO | Arauca | Saravena

VI. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACION DE LA INSCRIPCION EN LA EPS Codigo [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO Codigo [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACION LABORAL O ADQUISICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACION 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 [X]
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL REGIMEN 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 CONTRIBUCION SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Jerez | SEGUNDO APELLIDO: Serrano | PRIMER NOMBRE: Fonal | SEGUNDO NOMBRE: Francisco

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80145147 | 62. SEXO BIOLOGICO: F [X] | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] T NB Otro | Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: 10 01 1984 | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: 15 12 2025 | 67. MOTIVO DE TRASLADO Codigo | 68. CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR A PASADOR 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) 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 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 requeridos, 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 | NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El Cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Fonal Jerez

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: JOSE LIZARAZO

X. ANEXOS

No. Anexo: relacionar documentos presentados

	CN	MS	PAC	TI	CC	CE	PAS	RA	CD	AS	PT
Cantidad											

Total: 0

a) Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
b) Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
c) Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare en primera instancia, 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.
d) Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
e) Copia de la unión judicial o del acta administrativa de custodia.
f) 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 el abandono de los dos padres.
g) Copia de la autorización de traslado por parte de la Dirección Nacional de Salud (numerales 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016)
h) Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
i) Copia del acta suscrita por el empleador de los actos de traslado o de traslado no transferencia o de ordena la afiliación de oficio.

Total Anexos: 0

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

82. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio [ ] | Código del Departamento [ ] | 83. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

84. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 85. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 86. FECHA DE RADICACIÓN: DIA MES AÑO | 87. 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 : EPS

Powered by CamScanner