



AFILIACIONES DEL PERSONAL



FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
 Cambio de Empresa ☐
 Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
 Servicio Doméstico ☐
 Madre Comunitaria ☐
 Taxista ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?

SI ☐ NO ☒

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVERA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselectroslda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:		No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo	
CC ☒ X CE ☐ PPT ☐		30188107	1999-04-05	1979-10-16	(Marque con una X)	
TI ☐ PAS ☐ PEP ☐			Lugar Expedición:	Ciudad de Nacimiento:	H	M
			FORTUL	FORTUL		X
1er Apellido		2do Apellido		Nombres		
PIMIENTO		ORDONEZ		ELIZABETH		
Estado Civil: UL. ☒ CAS. ☐ SOL. ☐		Fecha de Ingreso:		Salario Base:	Tipo Salario:	
(Marque con una X) SEP. ☐ DIV. ☐ VIU. ☐		2025-12-15		\$ 1807110	Fijo ☒ Integral ☐ Variable ☐	
Dirección Domicilio:		Barrio:				
CR 5 02 03		SARAVERA				
Ciudad donde Trabaja:		Número Telefónico:	Nacionalidad:			
SARAVERA		3124886269	COLOMBIA			
Correo electrónico del trabajador:			Tipo de contrato: (Marque con una X)		Horas Laboradas en el Mes:	
ELIZAPIMIENTOORDONEZ@GMAIL.COM			Fijo ☐ Indefinido ☒		(Marque con una X)	
E.P.S Donde está Afiliado (A):		Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	120 ☐ 240 ☒	
COOSALUD		AYUDANTE DE CONSTRUCCION	9211			
Sector Agropecuario:		Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2816 de 2013).
(Marque con una X)		(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	
SI ☐ NO ☒		Agricultura ☐ Silvicultura ☐	Propia ☐ Familiar ☒	Rural ☐	Normal ☒	
La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.		Ganadería ☐ Pesca ☐	Arrendada ☐ Hipoteca ☐	Urbana ☒	Discapac. ☐	
		Avicultura ☐ Apicultura ☐				
		Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada				
Grado Escolaridad		Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnico/Tecnológico ☐				
Marque con una 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:						
Pertenenencia 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 ☐						
Resguardo Indígena:			Pueblo Indígena:			
1			0			

DATOS SENSIBLES

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

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 adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.

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

C) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y 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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.

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

SI ☒ NO ☐

Elizabeth Pimiento

FIRMA DEL TRABAJADOR

Jorge J. Lizarazo

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SECCION DE ROL	SECCION DE ROL
----------------	----------------

Observaciones:

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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

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

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

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

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

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 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.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

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.

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
Cambio de Empresa ☐
Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
Servicio Doméstico ☐
Madre Comunitaria ☐
Taxista ☐

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

¿Es Usted Valerano de la Fuerza Pública?

SI ☐ NO ☒

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVENA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVENA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselextrosilida2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

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

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
TARAZONA	LOZADA	DORIS

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

Dirección Domicilio:	Barrio:
VEREDA AGUA SANTA	VEREDA AGUA SANTA

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

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)	Horas Laboradas en el Mes:
donstarazona03@gmail.com	Fijo ☐ Indefinido ☒	(Marque con una X)
		120 ☐ 240 ☒

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)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)
SI ☐ NO ☒	Agricultura ☐ Siivicultura ☐	Propia ☒ Familiar ☐	Rural ☐	Normal ☒
	Ganadería ☐ Pesca ☐	Arrendada ☐ Hipoteca ☐	Urbana ☒	Discapac. ☐
	Avicultura ☐ Apicultura ☐			

La respuesta (SI) diligenciar el siguiente campo.

Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada.

Grado Escolaridad	Preescolar ☐	Básica Adultos ☐	Técnica/Tecnológico ☐	No Disponible ☐
(Marque con una 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:		

Perteneencia 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 ☒

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

DATOS SENSIBLES

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

Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Heterosexual ☐	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 adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador

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

C) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y 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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 58, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI ☒ NO ☐

Dora Tarazona

FIRMA DEL TRABAJADOR

J. L. ...

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

Observaciones:

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

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

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 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.**

Positiva Compañía de Seguros S.A:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva,
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro
organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

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

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

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

nueva

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय ॥
 श्री कृष्णाय नमः ॥

[illegible]

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
Cambio de Empresa ☐
Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
Servicio Doméstico ☐
Madre Comunitaria ☐
Taxista ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?

SI ☐ NO ☒

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVERA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselectroslda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:		No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo		
		96188275	1991-04-22	1972-10-09	(Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT			
TI		PAS		PEP			
1er Apellido		2do Apellido		Nombres			
GARCIA		GALAN		DIONISIO			
Estado Civil:		Fecha de Ingreso:		Salario Base:		Tipo Salario:	
UL. ☒ CAS. ☐ SOL. ☐		2025-12-15		\$ 1807110		Fijo ☐ X Integral ☐ Variable ☐	
(Marque con una X) SEP. ☐ DIV. ☐ VIU. ☐							
Dirección Domicilio:				Barrio:			
VEREDA AGUA SANTA				SARAVERA			
Ciudad donde Trabaja:		Número Telefónico:		Nacionalidad:			
SARAVERA		3124886269		COLOMBIA			
Correo electrónico del trabajador:				Tipo de contrato: (Marque con una X)		Horas Laboradas en el Mes:	
construccionetsmsas@gmail.com				Fijo ☐ Indefinido ☒		(Marque con una X)	
E.P.S. Donde está Afiliado (A):		Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:		120 ☐ 240 ☒	
NUEVA EPS		AYUDANTE DE CONSTRUCCION	9211			(Decreto 2616 de 2013).	
Sector Agropecuario:		Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.	120 horas-anexar copia contrato.	
(Marque con una X)		(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)		
SI ☐ NO ☒		Agricultura ☐ Silvicultura ☐	Propia ☐ Familiar ☒	Rural ☐	Normal ☒		
La respuesta (SI), diligenciar el siguiente campo.		Ganaderia ☐ Pesca ☐	Arrendada ☐ Hipoteca ☐	Urbana ☒	Discapac. ☐		
		Avicultura ☐ Apicultura ☐					
		Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada					
Grado Escolaridad		Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnico/Tecnológico ☐		No Disponible ☐			
(Marque con una 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 ☒							
Resguardo Indígena:				Pueblo Indígena:			
1				0			

DATOS SENSIBLES

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

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 adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador

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

C) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y 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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsido Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, 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 ☐

Dionicio Garcia

FIRMA DEL TRABAJADOR

J. L. ...

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

Observaciones:

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

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

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 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.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 880.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

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

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



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.

 CamScanner

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
 Cambio de Empresa ☐
 Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
 Servicio Doméstico ☐
 Madre Comunitaria ☐
 Taxista ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI ☐ NO ☒

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 SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVERA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselectros Ltda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

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

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
GARCIA	DURAN	DIOGENES ALEXANDER

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

Dirección Domicilio:	Barrio:
VEREDA AGUA SANTA	SARAVERA

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

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

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

Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013)
(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	

SI ☐ NO ☒	Agricultura ☐ Silvicultura ☐	Propia ☐ Familiar ☒	Rural ☐ Normal ☒	La respuesta (SI) diligenciar el siguiente campo.
	Ganadería ☐ Pesca ☐	Arrendada ☐ Hipoteca ☐	Urbana ☒ Discapac. ☐	
	Avicultura ☐ Apicultura ☐			

Grado Escolaridad	Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnico/Tecnológico ☐	No Disponible ☐
(Marque con una 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 ☐

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

DATOS SENSIBLES				
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Dañificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	No Disponible ☐
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☒	
Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.		
Heterosexual ☐	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.		
<p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador</p> <p>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</p> <p>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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>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.</p>				
<p>SI ☒ NO ☐</p>				
<p><i>D. Genes L. GARCIA</i></p>		<p><i>J. L. ...</i></p>		
FIRMA DEL TRABAJADOR		FIRMA DEL EMPLEADOR		
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR				
Observaciones:				

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

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

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERENA 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.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensor@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 8:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva,
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

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

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

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

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

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

የጋራ ጥራት ማረጋገጫ

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

nueva

ಪುನಃ ಸಂಸ್ಥಾಪಿಸಿದರು

15.12.2025

[illegible]

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
 Cambio de Empresa ☐
 Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
 Servicio Doméstico ☐
 Madre Comunitaria ☐
 Taxista ☐

CODIGO

FT-GS-01

VERSION

14

FECHA

1 de Diciembre de 2024

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?

SI ☐ NO ☒

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 SARAVERA 2025		
NIT:		Dirección de la Empresa:		Ciudad:	
902011839		CL 15 10 35		SARAVERA	
Departamento:		Correo Electrónico de la Empresa:		Número Telefónico:	
ARAUCA		conselectroslda2012@hotmail.com		3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:		No. Identificación		Fecha de Expedición:		Fecha de Nacimiento:		Sexo		
		1007419464		2018-08-28		2000-05-26		(Marque con una X)		
CC	☒	CE	☐	PPT	☐			H	M	I
TI	☐	PAS	☐	PEP	☐				X	
1er Apellido				2do Apellido		Nombres:				
CARRILLO				VILLAMIZAR		DAMARIS				
Estado Civil:				Fecha de Ingreso:		Salario Base:		Tipo Salario:		
UL. ☐ CAS. ☐ SOL. ☒				2025-12-15		\$ 1807110		Fijo ☒ Integral ☐ Variable ☐		
(Marque con una X) SEP. ☐ DIV. ☐ VIU. ☐										
Dirección Domicilio:						Barrio:				
VEREDA AGUA SANTA						SARAVERA				
Ciudad donde Trabaja:				Número Telefónico:		Nacionalidad:				
SARAVERA				3102374453		COLOMBIA				
Correo electrónico del trabajador:						Tipo de contrato: (Marque con una X)		Horas Laboradas en el Mes:		
karrillodamaris20@gmail.com						Fijo ☐ Indefinido ☒				
E.P.S Donde está Afiliado (A):		Cargo a Desempeñar:		Profesión:		Fecha terminación:		(Marque con una X)		
NUEVA EPS		AYUDANTE DE CONSTRUCCION		9211				120 ☐ 240 ☒		
Sector Agropecuario:		Act. sect. Agro. (Decreto 1053/2014)		Vivienda:		Zona:		Cap. Trabaj.		120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).
(Marque con una X)		(Marque con una X)		(Marque con una X)		(Marque con una X)		(Marque con una X)		
SI ☐ NO ☒		Agricultura ☐ Silvicultura ☐		Propia ☐ Familiar ☒		Rural ☐		Normal ☒		
La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.		Ganadería ☐ Pesca ☐		Arrendada ☐ Hipoteca ☐		Urbana ☒		Discapac. ☐		
		Avicultura ☐ Apicultura ☐								
Grado Escolaridad		Preescolar ☐ Básica Adultos ☐		Técnico/Tecnológico ☐		Profesional Universitario ☐		No Disponible ☐		
(Marque con una X)		Básica ☐ Secundaria Adultos ☐		Posgrado/Maestría ☐						
		Secundaria ☒ Media Adultos ☐		Ninguno ☐						
		Media ☐ Primera Infancia ☐								
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 ☒										
Resguardo Indígena:						Pueblo Indígena:				
1						0				

DATOS SENSIBLES				
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado: ☐	Dañificado desastre natural: ☐	Población Migrante: ☐	No Disponible ☐
	Víctima del conflicto armado (No desplazado): ☐	Cabeza de Familia: ☐	Población zonas fronteras (Nacionales): ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado: ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia: ☐	Ejercicio del trabajo sexual: ☐	
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados: ☐	En condición de Discapacidad: ☐	No Aplica: ☒	
Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.		
Heterosexual: ☐	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.		
<p>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 edición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador</p> <p>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</p> <p>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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>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, 55, 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.</p>				
<p>SI ☒ NO ☐</p>				
<p><i>Domaris Carrillo</i></p> <p>FIRMA DEL TRABAJADOR</p>		<p><i>J. L. ...</i></p> <p>FIRMA DEL EMPLEADOR</p>		
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR				
Observaciones:				

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

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

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 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.**

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 880.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva,
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

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

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

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

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

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

CLICK PAGE 12 IN CUBA 1000

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

nueva

15 12 2025

[illegible]

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



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

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI ☐ NO ☒

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

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA:			CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:			
902011839	CL 15 10 35	SARAVERA			
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:			
ARAUCA	conselectroslda2012@hotmail.com	3212859403			

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:		No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo		
		96187739	1989-12-11	1971-09-14	(Marque con una X)		
CC ☒	CE ☐		Lugar Expedición:	Ciudad de Nacimiento:	H ☐	M ☐	
TI ☐	PAS ☐		SARAVERA	SARAVERA	X ☒	I ☐	
1er Apellido		2do Apellido	Nombres				
GARCIA		GALAN	ARIEL				
Estado Civil: UL ☐ CAS ☐ SOL ☒		Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:			
(Marque con una X) SEP ☐ DIV ☐ VIU ☐		2025-12-15	\$ 1807110	Fijo ☒	X ☐	Integral ☐	
Dirección Domicilio:		Barrio:		Variable ☐			
VEREDA AGUA SANTA		SARAVERA					
Ciudad donde Trabaja:		Número Telefónico:	Nacionalidad:				
SARAVERA		3042503071	COLOMBIA				
Correo electrónico del trabajador:		Tipo de contrato: (Marque con una X)		Horas Laboradas en el Mes:			
ariel.garcia@gmail.com		Fijo ☐ Indefinido ☒		(Marque con una X)			
E.P.S Donde está Afiliado (A):		Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	120 ☐ 240 ☒		
NUEVA EPS		AYUDANTE DE CONSTRUCCION	7112				
Sector Agropecuario:		Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.		
(Marque con una X)		(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	120 horas-anexar copia contrato.	
SI ☐ NO ☒		Agricultura ☐ Silvicultura ☐	Propia ☐ Familiar ☒	Rural ☐ Normal ☒	Discapac. ☐	(Decreto 2616 de 2013).	
La respuesta (SI), diligenciar el siguiente campo.		Ganadería ☐ Pesca ☐	Arrendada ☐ Hipoteca ☐	Urbana ☒			
		Avicultura ☐ Apicultura ☐					
		Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada					
Grado Escolaridad		Preescolar ☐	Básica Adultos ☐	Técnico/Tecnológico ☐	No Disponible ☐		
(Marque con una 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 ☐							
Resguardo Indígena:			Pueblo Indígena:				
1			0				

DATOS SENSIBLES				
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado.	☐	Damnificado desastre natural	☐
	Victima del conflicto armado (No desplazado)	☐	Cabeza de Familia	☐
	Desmovilizado o Reinsertado	☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia	☐
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados	☐	En condición de Discapacidad	☐
			Población Migrante	☐
			Población zonas fronteras (Nacionales)	☒
			Ejercicio del trabajo sexual	☐
			No Aplica	☐
			No Disponible	☐
<p>Orientación Sexual: (Marque con una X)</p> <p>Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.</p> <p>Homosexual ☐ Información No Disponible ☒ Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.</p> <p>Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.</p>				
<p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador</p> <p>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</p> <p>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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>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.</p> <p>SI ☒ NO ☐</p>				
<p>Anel Garca G</p>			<p>J. L. Garza</p>	
FIRMA DEL TRABAJADOR			FIRMA DEL EMPLEADOR	
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR				
Observaciones:				

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

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

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 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.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 880.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensor@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 8:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

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

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



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.

СЛУЖБА РАДНЕ РЕКЛАМЕ ГОСТИ

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva

GENERAL INVESTIGATIVE DIVISION
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D. C. 20535

7.5.12 2025

[illegible]

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
Cambio de Empresa ☐
Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
Servicio Doméstico ☐
Madre Comunitaria ☐
Taxista ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI ☐ NO ☒

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:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVENA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselectroslda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

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

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
CALDERON	GARCIA	ANA ELCY

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

Dirección Domicilio:	Barrio:
VEREDA AGUA SANTA	VEREDA AGUA SANTA

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

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

E.P.S. Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	(Marque con una X)
NUEVA EPS	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	9312		

Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro. (Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).
(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	

SI ☐ NO ☒	Agricultura ☐ Silvicultura ☐ Ganadería ☐ Pesca ☐ Avicultura ☐ Apicultura ☐	Propia ☐ Familiar ☒ Arrendada ☐ Hipoteca ☐	Rural ☐ Urbana ☒	Normal ☒ Discapac. ☐	
La respuesta (SI), diligenciar el siguiente campo.					
Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad del trabajador.					

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

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 ☒

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

DATOS SENSIBLES						
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado.	☐	Dañificado 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	☐
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados	☐	En condición de Discapacidad	☐	No Aplica	☐
					No Disponible	☒
Orientación Sexual: (Marque con una X)			Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.			
Heterosexual ☒			Bisexual ☐			
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.			
<p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador</p> <p>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</p> <p>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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsido Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>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 1995.</p>						
<p>SI ☒ NO ☐</p>						
<p>ANA CALDERON</p>			<p>J. L. 2020</p>			
FIRMA DEL TRABAJADOR			FIRMA DEL EMPLEADOR			
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR						
Observaciones:						

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

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

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 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.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensor@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

ENCUENTRO DE LA MENTE

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

nueva
opc
genial e inteligente gente
147 661.22.24.3

7.5 12 20.25

Se adjuntan las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE
 A. AFILIACIÓN ☒ B. REPORTE DE NOVEDADES ☒ C. CANCELACIÓN ☒ D. OTRO ☐

2. TIPO DE AFILIACIÓN
 A. Individual ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficina ☐

3. DE CLASIFICACIÓN
 A. Colaborante ☒ B. Beneficiario ☒ C. Dependiente ☐ D. Pensionado ☐ E. Otro ☐

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
 A. Contribuyente ☒ B. Beneficiario ☐ C. Dependiente ☐ D. Pensionado ☐ E. Otro ☐

5. AFILIACIÓN
 A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)
 1. APELLIDOS Y NOMBRES: CALDEJÓN GARCÍA ANA ELCY
 2. PRIMER APELLIDO: CALDEJÓN
 3. SEGUNDO APELLIDO: GARCÍA
 4. PRIMER NOMBRE: ANA
 5. SEGUNDO NOMBRE: ELCY
 6. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
 7. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 68249520
 8. SEXO BIOLÓGICO: F
 9. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 10. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 11. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 12. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 13. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 14. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 15. SEXO BIOLÓGICO: F
 16. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 17. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 18. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 19. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 20. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 21. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 22. SEXO BIOLÓGICO: F
 23. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 24. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 25. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 26. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 27. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 28. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 29. SEXO BIOLÓGICO: F
 30. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 31. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 32. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 33. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 34. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 35. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 36. SEXO BIOLÓGICO: F
 37. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 38. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 39. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 40. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 41. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 42. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 43. SEXO BIOLÓGICO: F
 44. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 45. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 46. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 47. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 48. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 49. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 50. SEXO BIOLÓGICO: F
 51. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 52. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 53. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 54. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 55. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 56. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 57. SEXO BIOLÓGICO: F
 58. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 59. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 60. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 61. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 62. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 63. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 64. SEXO BIOLÓGICO: F
 65. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 66. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 67. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 68. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 69. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 70. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 71. SEXO BIOLÓGICO: F
 72. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 73. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 74. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 75. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 76. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 77. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 78. SEXO BIOLÓGICO: F
 79. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 80. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 81. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 82. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 83. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 84. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 85. SEXO BIOLÓGICO: F
 86. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 87. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 88. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 89. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 90. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 91. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 92. SEXO BIOLÓGICO: F
 93. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 94. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 95. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 96. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 97. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 98. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 99. SEXO BIOLÓGICO: F
 100. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 101. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 102. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 103. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 104. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 105. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 106. SEXO BIOLÓGICO: F
 107. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 108. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 109. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 110. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 111. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 112. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 113. SEXO BIOLÓGICO: F
 114. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 115. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 116. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 117. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 118. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 119. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 120. SEXO BIOLÓGICO: F
 121. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 122. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 123. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 124. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 125. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 126. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 127. SEXO BIOLÓGICO: F
 128. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 129. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 130. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 131. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 132. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 133. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 134. SEXO BIOLÓGICO: F
 135. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 136. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 137. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 138. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 139. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 140. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 141. SEXO BIOLÓGICO: F
 142. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 143. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 144. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 145. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 146. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 147. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 148. SEXO BIOLÓGICO: F
 149. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 150. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 151. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 152. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 153. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 154. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 155. SEXO BIOLÓGICO: F
 156. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 157. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 158. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 159. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 160. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 161. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 162. SEXO BIOLÓGICO: F
 163. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 164. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 165. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 166. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 167. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 168. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 169. SEXO BIOLÓGICO: F
 170. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 171. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 172. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 173. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 174. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 175. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 176. SEXO BIOLÓGICO: F
 177. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 178. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 179. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 180. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 181. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 182. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 183. SEXO BIOLÓGICO: F
 184. SEXO IDENTIFICACIÓN: F
 185. FECHA NACIMIENTO: 30/03/1970
 186. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA
 187. DEPARTAMENTO: BOYACÁ
 188. MUNICIPIO: PAZ DE LA PASADITA
 189. FECHA NACIMIENTO: 30

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒

Cambio de Empresa ☐

Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒

Servicio Doméstico ☐

Madre Comunitaria ☐

Taxista ☐

CODIGO FT-GS-01

VERSION 14

FECHA 1 de Diciembre de 2024

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI ☐ NO ☒

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 SARAVERA 2025

NIT:
902011839

Dirección de la Empresa:
CL 15 10 35

Ciudad:
SARAVERA

Departamento:
ARAUCA

Correo Electrónico de la Empresa:
conselektrosilda2012@hotmail.com

Número Telefónico:
3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:

No. Identificación
96123784

Fecha de Expedición:
1996-07-18

Fecha de Nacimiento:
1977-08-11

Sexo
(Marque con una X)

CC ☒ X CE ☐ PPT ☐
TI ☐ PAS ☐ PEP ☐

Lugar Expedición:
SARAVERA

Ciudad de Nacimiento:
SARAVERA

H ☐ M ☐ I ☒

1er Apellido
PINZON

2do Apellido
MOSQUERA

Nombres
WILLIAM

Estado Civil: UL. ☒ CAS. ☐ SOL. ☐
(Marque con una X) SEP. ☐ DIV. ☐ VIU. ☐

Fecha de Ingreso:
2025-12-15

Salario Base:
\$ 1807110

Tipo Salario:
Fijo ☒ X Integral ☐ Variable ☐

Dirección Domicilio:
VEREDA AGUA SANTA

Barrio:
SARAVERA

Ciudad donde Trabaja:
SARAVERA

Número Telefónico:
3228816462

Nacionalidad:
COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:
yagonzalez91@hotmail.com

Tipo de contrato: (Marque con una X)
Fijo ☐ Indefinido ☒ X

Horas Laboradas en el Mes:
(Marque con una X)
120 ☐ 240 ☒

E.P.S. Donde está Afiliado (A):
NUEVA EPS

Cargo a Desempeñar:
AYUDANTE DE CONSTRUCCION

Profesión:
9211

Fecha terminación:

Sector Agropecuario:

Act. sect. Agro. (Decreto 1053/2014)

Vivienda:

Zona:

Cap. Trabaj.

(Marque con una X)
SI ☐ NO ☒

(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 ☐ Normal ☒ X
Urbana ☒ 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 ☐ RROM/GITANO ☐ No Disponible ☐

Resguardo Indígena:

Pueblo Indígena:
0

DATOS SENSIBLES				
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Dañificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	No Disponible ☐
	Victima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☒	
Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.		
Heterosexual ☐	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.		
<p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.</p> <p>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</p> <p>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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1985 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.</p>				
SI ☒ NO ☐				
		FIRMA DEL EMPLEADOR		
FIRMA DEL TRABAJADOR				
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR				
Observaciones:				

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

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

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 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.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

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

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



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.

ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟΝ ΤΟΜΟΣ

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva
ops
מנהל המערכת
107, 108, 109, 110

SEMA DE MAGACCHIN
15 72 2025

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

A. AFILIACIÓN
 1. TIPO DE AFILIACIÓN: ☐ A. Afiliación ☒ B. Contribuyente ☐ C. Beneficiario ☐ D. Dependiente ☐ E. Independiente ☐ F. Otro
 2. TIPO DE ENTIDAD: ☐ A. Entidad ☐ B. Entidad ☐ C. Entidad ☐ D. Entidad ☐ E. Entidad ☐ F. Entidad

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)
 1. APELLIDOS Y NOMBRES: **Pinzon Masquera William**
 2. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **CC**
 3. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **96123784**
 4. SEXO: ☒ Masculino ☐ Femenino
 5. FECHA DE NACIMIENTO: **11/08/1977**

C. DATOS COMPLEMENTARIOS
 1. TIPO DE ENTIDAD: **6**
 2. TIPO DE ENTIDAD: **SI**
 3. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 4. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 5. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 6. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 7. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 8. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 9. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 10. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 11. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 12. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 13. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 14. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 15. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 16. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 17. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 18. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 19. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 20. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 21. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 22. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 23. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 24. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 25. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 26. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 27. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 28. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 29. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 30. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 31. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 32. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 33. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 34. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 35. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 36. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 37. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 38. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 39. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 40. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 41. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 42. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 43. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 44. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 45. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 46. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 47. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 48. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 49. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 50. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 51. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 52. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 53. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 54. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 55. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 56. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 57. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 58. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 59. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 60. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 61. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 62. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 63. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 64. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 65. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 66. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 67. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 68. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 69. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 70. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 71. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 72. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 73. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 74. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 75. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 76. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 77. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 78. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 79. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 80. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 81. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 82. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 83. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 84. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 85. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 86. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 87. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 88. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 89. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 90. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 91. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 92. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 93. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 94. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 95. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 96. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 97. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 98. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 99. TIPO DE ENTIDAD: **NO**
 100. TIPO DE ENTIDAD: **NO**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

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

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERENA 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.**

Positiva Compañía de Seguros S.A:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

CLIQUE PARA RESERVAR TUDO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva

DATE _____

NY 621242912

1. DATOS DE TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ☒ 2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐ 3. REGIMEN: A. Contributivo ☒ B. Subsidio ☐ C. Corriente ☐ 4. CONTRIBUCIÓN COLECTIVA: A. Afiliado ☒ B. Colaborante ☐ C. Beneficiario ☐ D. Tipo de COLABORANTE: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ 5. CORRIENTE: A. Afiliación ☐ B. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO: **Quiróga** SEGUNDO APELLIDO: **Fontecha** PRIMER NOMBRE: **Silvestre** SEGUNDO NOMBRE: **Jose**

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **CC** 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **17-526-886** 9. SEXO BIOLÓGICO: **M** 10. SEXO IDENTIFICACIÓN: **M** 11. FECHA NACIMIENTO: **26-07-1960** 12. FECHA NACIMIENTO: **26-07-1960**

13. DATOS COMPLEMENTARIOS

14. TIPO DE DISCAPACIDAD: **6** 15. TIPO DE DISCAPACIDAD: **SI** 16. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 17. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 18. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 19. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 20. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 21. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 22. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 23. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 24. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 25. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 26. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 27. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 28. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 29. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 30. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 31. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 32. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 33. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 34. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 35. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 36. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 37. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 38. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 39. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 40. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 41. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 42. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 43. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 44. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 45. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 46. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 47. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 48. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 49. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 50. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 51. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 52. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 53. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 54. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 55. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 56. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 57. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 58. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 59. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 60. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 61. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 62. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 63. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 64. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 65. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 66. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 67. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 68. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 69. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 70. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 71. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 72. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 73. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 74. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 75. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 76. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 77. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 78. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 79. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 80. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 81. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 82. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 83. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 84. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 85. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 86. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 87. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 88. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 89. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 90. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 91. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 92. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 93. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 94. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 95. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 96. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 97. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 98. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 99. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO** 100. TIPO DE DISCAPACIDAD: **NO**

14. 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: **Quiróga** SEGUNDO APELLIDO: **Fontecha** PRIMER NOMBRE: **Silvestre** SEGUNDO NOMBRE: **Jose**

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **CC** 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **17-526-886** 30. SEXO BIOLÓGICO: **M** 31. SEXO IDENTIFICACIÓN: **M** 32. FECHA NACIMIENTO: **26-07-1960** 33. FECHA NACIMIENTO: **26-07-1960**

15. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS SOLIDARIOS

34. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS: **Silvestre Quiróga Fontecha Jose** 35. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **CC** 36. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **17-526-886** 37. NÚMERO DE IDENTIDAD: **17-526-886** 38. NACIONALIDAD: **CO** 39. NACIONALIDAD: **CO** 40. NACIONALIDAD: **CO** 41. NACIONALIDAD: **CO** 42. NACIONALIDAD: **CO** 43. NACIONALIDAD: **CO** 44. NACIONALIDAD: **CO** 45. NACIONALIDAD: **CO** 46. NACIONALIDAD: **CO** 47. NACIONALIDAD: **CO** 48. NACIONALIDAD: **CO** 49. NACIONALIDAD: **CO** 50. NACIONALIDAD: **CO** 51. NACIONALIDAD: **CO** 52. NACIONALIDAD: **CO** 53. NACIONALIDAD: **CO** 54. NACIONALIDAD: **CO** 55. NACIONALIDAD: **CO** 56. NACIONALIDAD: **CO** 57. NACIONALIDAD: **CO** 58. NACIONALIDAD: **CO** 59. NACIONALIDAD: **CO** 60. NACIONALIDAD: **CO** 61. NACIONALIDAD: **CO** 62. NACIONALIDAD: **CO** 63. NACIONALIDAD: **CO** 64. NACIONALIDAD: **CO** 65. NACIONALIDAD: **CO** 66. NACIONALIDAD: **CO** 67. NACIONALIDAD: **CO** 68. NACIONALIDAD: **CO** 69. NACIONALIDAD: **CO** 70. NACIONALIDAD: **CO** 71. NACIONALIDAD: **CO** 72. NACIONALIDAD: **CO** 73. NACIONALIDAD: **CO** 74. NACIONALIDAD: **CO** 75. NACIONALIDAD: **CO** 76. NACIONALIDAD: **CO** 77. NACIONALIDAD: **CO** 78. NACIONALIDAD: **CO** 79. NACIONALIDAD: **CO** 80. NACIONALIDAD: **CO** 81. NACIONALIDAD: **CO** 82. NACIONALIDAD: **CO** 83. NACIONALIDAD: **CO** 84. NACIONALIDAD: **CO** 85. NACIONALIDAD: **CO** 86. NACIONALIDAD: **CO** 87. NACIONALIDAD: **CO** 88. NACIONALIDAD: **CO** 89. NACIONALIDAD: **CO** 90. NACIONALIDAD: **CO** 91. NACIONALIDAD: **CO** 92. NACIONALIDAD: **CO** 93. NACIONALIDAD: **CO** 94. NACIONALIDAD: **CO** 95. NACIONALIDAD: **CO** 96. NACIONALIDAD: **CO** 97. NACIONALIDAD: **CO** 98. NACIONALIDAD: **CO** 99. NACIONALIDAD: **CO** 100. NACIONALIDAD: **CO**

16. 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

41. Nombre y razón social: **Consorcio de acueducto aguasanto NT** 42. Tipo documento de identificación: **CC** 43. Número documento de identificación: **17-526-886** 44. Nacionalidad: **CO** 45. Nacionalidad: **CO** 46. Nacionalidad: **CO** 47. Nacionalidad: **CO** 48. Nacionalidad: **CO** 49. Nacionalidad: **CO** 50. Nacionalidad: **CO** 51. Nacionalidad: **CO** 52. Nacionalidad: **CO** 53. Nacionalidad: **CO** 54. Nacionalidad: **CO** 55. Nacionalidad: **CO** 56. Nacionalidad: **CO** 57. Nacionalidad: **CO** 58. Nacionalidad: **CO** 59. Nacionalidad: **CO** 60. Nacionalidad: **CO** 61. Nacionalidad: **CO** 62. Nacionalidad: **CO** 63. Nacionalidad: **CO** 64. Nacionalidad: **CO** 65. Nacionalidad: **CO** 66. Nacionalidad: **CO** 67. Nacionalidad: **CO** 68. Nacionalidad: **CO** 69. Nacionalidad: **CO** 70. Nacionalidad: **CO** 71. Nacionalidad: **CO** 72. Nacionalidad: **CO** 73. Nacionalidad: **CO** 74. Nacionalidad: **CO** 75. Nacionalidad: **CO** 76. Nacionalidad: **CO** 7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



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

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI ☐ NO ☒

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

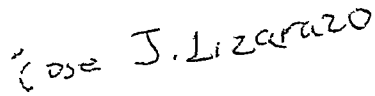
La respuesta (SI), debe anexar Certificado de distinción como Veterano de la Fuerza Pública emitido por el Ministerio de Defensa.

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVERA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselextoslda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:		No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo	
		91436917	1989-06-30	1971-04-24	(Marque con una X)	
CC	☒	CE		PPT		
TI		PAS		PEP		
1er Apellido		2do Apellido		Nombres		
JIMENEZ		PEREZ		RAMIRO		
Estado Civil:		Fecha de Ingreso:		Salario Base:		Tipo Salario:
UL. ☐ CAS. ☐ SOL. ☒		2025-12-15		\$ 3277800		Fijo ☐ Integral ☒ Variable ☐
(Marque con una X) SEP. ☐ DIV. ☐ VIU. ☐						
Dirección Domicilio:				Barrio:		
Diagonal 30 N 659				SARAVERA		
Ciudad donde Trabaja:		Número Telefónico:		Nacionalidad:		
SARAVERA		3186498288		COLOMBIA		
Correo electrónico del trabajador:				Tipo de contrato: (Marque con una X)		Horas Laboradas en el Mes:
rajimenezp_24@hotmail.com				Fijo ☐ Indefinido ☐ X		
E.P.S Donde está Afiliado (A):		Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:		(Marque con una X) 120 ☐ 240 ☒
NUEVA EPS		TOPOGRAFO	2165			
Sector Agropecuario:		Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Traba.	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).
(Marque con una X) SI ☐ NO ☒		(Marque con una X) Agricultura ☐ Silvicultura ☐ Ganadería ☐ Pesca ☐ Avicultura ☐ Apicultura ☐	(Marque con una X) Propia ☐ Familiar ☐ Arrendada ☒ Hipoteca ☐	(Marque con una X) Rural ☐ Urbana ☒	(Marque con una X) Normal ☒ Discapac. ☐	
La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.		Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada				
Grado Escolaridad Marque con una X)		Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnico/Tecnológico ☐ Básica ☐ 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 ☐						
Resguardo Indígena:				Pueblo Indígena:		
1				0		

DATOS SENSIBLES				
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Dañificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	No Disponible ☒
	Víctima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☐	
Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.		
Heterosexual ☒	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.		
<p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.</p> <p>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</p> <p>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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>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.</p>				
SI ☒ NO ☐				
 FIRMA DEL TRABAJADOR		 FIRMA DEL EMPLEADOR		
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR				
SELLO DE RADICADO		DIGITALIZADO POR		
Observaciones:				

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

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

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 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.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 880.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RAMIRO JIMENEZ PEREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91436917**, se encuentra afiliado/a desde **01/12/2009** 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.



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.

01 12 2023

[illegible]

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
 Cambio de Empresa ☐
 Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
 Servicio Doméstico ☐
 Madre Comunitaria ☐
 Taxista ☐

CODIGO

FT-GS-01

VERSION

14

FECHA

1 de Diciembre de 2024

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?

SI ☐ NO ☒

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.

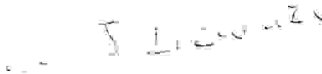
DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:		CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERENA 2025	
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVERENA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselextrositda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de identificación:		No. identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	
		1115728052	2025-05-22	2007-05-08	(Marque con una X)	
CC	☒	CE	☐	PPT	☐	
TI	☐	PAS	☐	PEP	☐	
Lugar Expedición:		Ciudad de Nacimiento:		H. M. I.		
SARAVERENA		SARAVERENA		☒ ☐ ☐		
1º Apellido		2º Apellido		Nombres		
GARCIA		PENA		RAPHAEL RICARDO		
Estado Civil:		Fecha de Ingreso:		Salario Base:		Tipo Salario:
UL. ☐ CAS. ☐ SOL. ☒		2025-12-15		\$ 1807110		Fijo ☒ Integral ☐ Variable ☐
(Marque con una X) SEP. ☐ DIV. ☐ VIU. ☐						
Dirección Domicilio:		Barrio:				
VEREDA AGUA SANTA		AGUA SANTA				
Ciudad donde Trabaja:		Número Telefónico:		Nacionalidad:		
SARAVERENA		3004283052		COLOMBIA		
Correo electrónico del trabajador:		Tipo de contrato: (Marque con una X)		Horas Laboradas en el Mes:		
rafael.garcia@gmail.com		Fijo ☐ Indefinido ☒		(Marque con una X)		
E.P.S Donde está Afiliado (A):		Cargo a Desempeñar:		Profesión:		120 ☐ 240 ☒
NUEVA EPS		AYUDANTE CONSTRUCCION		7112		
Sector Agropecuario:		Act. sect. Agro. (Decreto 1053/2014)		Vivienda:		120 horas-anexar copia contrato.
(Marque con una X)		(Marque con una X)		(Marque con una X)		(Decreto 2616 de 2013).
SI ☐ NO ☒		Agricultura ☐ Silvicultura ☐		Propia ☐ Familiar ☒		
		Ganadería ☐ Pesca ☐		Rural ☐ Normal ☒		
		Avicultura ☐ Apicultura ☐		Urbana ☒ Discapac. ☐		
La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.		Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad subcontratada.				
Grado Escolaridad		Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnico/Tecnológico ☐		Básica ☐ Secundaria Adultos ☐ Profesional Universitario ☐		No Disponible ☐
(Marque con una X)		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 ☐						
Resguardo Indígena:		Pueblo Indígena:				
1		0				

1393

DATOS SENSIBLES				
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Dañificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	 No Disponible ☐
	Víctima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☒	
Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.		
Heterosexual ☒	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.		
<p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador</p> <p>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</p> <p>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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>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.</p> <p>SI ☒ NO ☐</p>				
 FIRMA DEL TRABAJADOR		 FIRMA DEL EMPLEADOR		
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR				
Observaciones:				

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 RAFAEL RICARDO GARCIA PEÑA, identificado con C.C No.1115728052, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 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.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes Interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

CLICHÉ PARA REVISTA TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva

cps
 04 14 47 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041

05 12 2025

[illegible]

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

PARMENIO PORRAS SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **96.125.981**, 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.

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒Cambio de Empresa ☐Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒Servicio Doméstico ☐Madre Comunitaria ☐Taxista ☐

CODIGO FT-GS-01

VERSION 14

FECHA 1 de Diciembre de 2024

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?

SI ☐ NO ☒

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 emendas y en letra legible.
Leer cuidadosamente el instructivo para el diligenciamiento de este formulario.

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA: CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERENA 2025

NIT:

902011839

Dirección de la Empresa:

CL 15 10 35

Ciudad:

SARAVERENA

Departamento:

ARAUCA

Correo Electrónico de la Empresa:

conselectrositda2012@hotmail.com

Número Telefónico:

3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Tipo de Identificación:

CC	☒	CE	☐	PPT	☐
TI	☐	PAS	☐	PEP	☐

No. Identificación

96125981

Fecha de Expedición:

2003-01-28

Fecha de Nacimiento:

1984-11-01

Sexo

(Marque con una X)

H	☐	M	☐	I	☐
X	☒		☐		☐

Lugar Expedición:

SARAVERENA

Ciudad de Nacimiento:

SARAVERENA

Apellido

PORRAS

2do Apellido

SANCHEZ

Nombres

PARMENIO

Estado Civil:

UL ☒ CAS ☐ SOL ☐

(Marque con una X)

SEP ☐ DIV ☐ VIU ☐

Fecha de Ingreso:

2025-12-10

Salario Base:

\$ 2429490

Tipo Salario:

Fijo	☒	Integral	☐	Variable	☐
------	-------------------------------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------

Dirección Domicilio:

CALLE 17 N 10 26

Barrio:

SARAVERENA

Ciudad donde Trabaja:

SARAVERENA

Número Telefónico:

3508496240

Nacionalidad:

COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:

parmenioportassanchez@gmail.com

Tipo de contrato: (Marque con una X)

Fijo ☐Indefinido ☐

X

Horas Laboradas en el Mes:

(Marque con una X)

120 ☐ 240 ☒

E.P.S Donde está Afiliado (A):

NUEVA ESP

Cargo a Desempeñar:

OFICIAL DE CONSTRUCCION

Profesión:

9312

Fecha terminación:

Sector Agropecuario:

Act. sect. Agro. (Decreto 1053/2014)

Vivienda:

Zona:

Cap. Trabaj:

(Marque con una X)

SI ☐NO ☒

(Marque con una X)

Agricultura ☐Silvicultura ☐Ganadería ☐Pesca ☐Avicultura ☐Apicultura ☐

(Marque con una X)

Propia ☐Familiar ☒Arrendada ☐Hipoteca ☐

(Marque con una X)

Rural ☐Urbana ☒

(Marque con una X)

Normal ☒Discapac. ☐

120 horas-anexar copia contrato.

(Decreto 2816 de 2013).

La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.

Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada.

Grado Escolaridad

(Marque con una X)

Preescolar ☐Básica ☐Secundaria ☒Media ☐Básica Adultos ☐Secundaria Adultos ☐Media Adultos ☐Primera Infancia ☐Técnico/Tecnológico ☐Profesional Universitario ☐Posgrado/Maestría ☐Ninguno ☐No Disponible ☐

Labora simultáneamente con otra Empresa

Nit:

Salario:

Nombre o Razon 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 ☒

Resguardo Indígena:

1

Pueblo Indígena:

0

DATOS SENSIBLES						
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado.	☐	Dañificado desastre natural	☐	Población Migrante	☐
	Víctima del conflicto armado (No desplazado)	☐	Cabeza de Familia	☐	Población zonas fronteras (Nacionales)	☐
	Desmovilizado o Reinsertado	☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia	☐	Ejercicio del trabajo sexual	☐
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados	☐	En condición de Discapacidad	☐	No Aplica	☒
No Disponible ☐						
Orientación Sexual: (Marque con una X)			Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.			
Heterosexual ☒			Bisexual ☐			
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.			
<p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador</p> <p>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</p> <p>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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>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.</p> <p>SI ☒ NO ☐</p>						
<p><i>Parmenio Porras</i></p> <p>FIRMA DEL TRABAJADOR</p>			<p><i>J. L. ...</i></p> <p>FIRMA DEL EMPLEADOR</p>			
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR						
Observaciones:						

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

nueva

01-12-2025

[illegible]

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 **PARMENIO PORRAS SANCHEZ, identificado con C.C No.96125981**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERENA 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.

Positiva Compañía de Seguros S.A:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensor@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 8:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva

☒

Cambio de Empresa

☐

Actualización Datos

☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente

☒

Servicio Doméstico

☐

Madre Comunitaria

☐

Taxista

☐

CODIGO FT-GS-01

VERSION 14

FECHA 1 de Diciembre de 2024

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?

SI

NO

☒

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 SARAVERA 2025

NIT: 902011839
Dirección de la Empresa: CL 15 10 35

Ciudad: SARAVERA

Departamento: ARAUCA
Correo Electrónico de la Empresa: conselectrositda2012@hotmail.com

Número Telefónico: 3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

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

Apellido: VILLAMIZAR
2do Apellido: VALLEJO
Nombres: NOEMI

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

Dirección Domicilio: VEREDA AGUA SANTA
Barrio: SARAVERA

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

Correo electrónico del trabajador: vallejoonami2002@gmail.com
Tipo de contrato: (Marque con una X)
Fijo ☐ Indefinido ☐ X
Horas Laboradas en el Mes: (Marque con una X)
120 ☐ 240 ☒

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

Sector Agropecuario: (Marque con una X)
SI ☐ NO ☒
(Marque con una X)
Agricultura ☐ Silvicultura ☐
Ganadería ☐ Pesca ☐
Avicultura ☐ Apicultura ☐
Propia ☐ Familiar ☒
Arrendada ☐ Hipoteca ☐
Rural ☐ Normal ☒
Urbana ☒ 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 ☐ 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 ☒

Resguardo Indígena: 1
Pueblo Indígena: 0

DATOS SENSIBLES

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

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

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 edición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.

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

C) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y 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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, 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 ☐

Noemi V:

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

Observaciones:

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 **NOEMI VILLAMIZAR VALLEJO**, identificado con **C.C No.1007646171**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 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.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



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

.....

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

NOEMI VILLAMIZAR VALLEJO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.646.171**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
Cambio de Empresa ☐
Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
Servicio Doméstico ☐
Madre Comunitaria ☐
Taxista ☐

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

¿Es Usted Velerano de la Fuerza Pública?

SI ☐ NO ☒

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVERA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselextosita2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:	No. Identificación:	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo
CC ☒ X ☐ CE ☐ PPT ☐	1116788265	2008-08-27	1990-07-09	(Marque con una X)
TI ☐ PAS ☐ PEP ☐		Lugar Expedición:	Ciudad de Nacimiento:	H ☐ M ☐ I ☐
		ARAUCA	SARAVERA	X ☐

Apellido	2do Apellido	Nombres
DURAN	GARCIA	MIRLEY YANITH

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

Dirección Domicilio:	Barrio:
VEREDA AGUA SANTA	SARAVERA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVERA	3146833284	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)	Horas Laboradas en el Mes:
garciamirley10@gmail.com	Fijo ☐ Indefinido ☒	(Marque con una X)
		120 ☐ 240 ☒

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	120 ☐ 240 ☒
NUEVA EPS	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	9211		

Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.
(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)

SI ☐ NO ☒	Agricultura ☐ Silvicultura ☐	Propia ☐ Familiar ☒	Rural ☐ Normal ☒	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2816 de 2013).
La respuesta (SI), diligenciar el siguiente campo.	Ganadería ☐ Pesca ☐	Arrendada ☐ Hipoteca ☐	Urbana ☒ Discapac. ☐	
	Avicultura ☐ Apicultura ☐			

Grado Escolaridad	Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnico/Tecnológico ☐	No Disponible ☐
Marque con una 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:		

Pertenenencia 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 ☒

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

DATOS SENSIBLES

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

Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Heterosexual ☐	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 adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.

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

C) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y 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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulan y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsido Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, 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 ☐

Mirley Yaneth G

FIRMA DEL TRABAJADOR

J. L. ...

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

Observaciones:

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 SARAVERA 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.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8184 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 8:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**



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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

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.

[illegible]

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
 Cambio de Empresa ☐
 Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
 Servicio Doméstico ☐
 Madre Comunitaria ☐
 Taxista ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?

SI ☐ NO ☒

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:		No. Identificación:	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo		
		33516440	2002-08-09	1984-05-10	(Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT			
TI		PAS		PEP			
Apellido		2do Apellido		Nombres			
GUERRERO		GARCIA		MARILY			
Estado Civil:		Fecha de Ingreso:		Salario Base:		Tipo Salario:	
UL. ☐ CAS. ☐ SOL. ☒		2025-12-15		\$ 1807110		Fijo ☒ Integral ☐ Variable ☐	
(Marque con una X) SEP. ☐ DIV. ☐ VIU. ☐							
Dirección Domicilio:				Barrio:			
VEREDA AGUASANTA				SARAVERA			
Ciudad donde Trabaja:		Número Telefónico:		Nacionalidad:			
SARAVERA		3102997816		COLOMBIA			
Correo electrónico del trabajador:				Tipo de contrato: (Marque con una X)		Horas Laboradas en el Mes:	
gmarily33@gmail.com				Fijo ☐ Indefinido ☒			
E.P.S. Donde está Afiliado (A):		Cargo a Desempeñar:		Profesión:		(Marque con una X)	
nueva eps		AYUDANTE CONSTRUCCION		9211			
Sector Agropecuario:		Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)		Vivienda:		120 ☐ 240 ☒	
(Marque con una X)		(Marque con una X)		(Marque con una X)			
SI ☐ NO ☒		Agricultura ☐ Silvicultura ☐		Propia ☐ Familiar ☒			
La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.		Ganadería ☐ Pesca ☐		Rural ☐ Normal ☒			
		Avicultura ☐ Apicultura ☐		Urbana ☒ Discapac. ☐			
		Anexe certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada					
Grado Escolaridad		Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnico/Tecnológico ☐		Básica ☒ Secundaria Adultos ☐ Profesional Universitario ☐			
(Marque con una X)		Secundaria ☐ Media Adultos ☐ Posgrado/Maestría ☐		Media ☐ Primera Infancia ☐ Ninguno ☐			
				No Disponible ☐			
Labora simultáneamente con otra Empresa				NIT:		Salario:	
Nombre o Razón Social:							
Pertenencia Étnica (Marque con una X)							
Afrocolombiano ☐ Indígena ☐ Raízal de Archipiélago de San Andrés ☐ No se AUTO RECONOCE en ninguno ☐							
Comunidad Negra ☐ Palenquero ☐ ROOM/GITANO ☐ No Disponible ☒							
Resguardo Indígena:				Pueblo Indígena:			
1				0			

DATOS SENSIBLES

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

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 adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.

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

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

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, 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 ☐

Marly Guerrero

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

Observaciones:

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑIA 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 SARAVERENA 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 COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8184 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

1. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 283: 2686-2692.

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

Plausen

Gerencia de Clientes



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.

nuevo

Powered by CamScanner

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
 Cambio de Empresa ☐
 Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
 Servicio Doméstico ☐
 Madre Comunitaria ☐
 Taxista ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?

SI ☐ NO ☒

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVERA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselectrositda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:	No. Identificación:	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo
CC ☒ X ☐ CE ☐ PPT ☐	88305944	1997-04-24	1978-09-13	(Marque con una X)
T ☐ PAS ☐ PEP ☐		Lugar Expedición:	Ciudad de Nacimiento:	H ☐ M ☐ I ☐
		TOLEDO	TOLEDO	X ☐ ☐ ☐

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
CAMPEROS	CAMARGO	LUIS ARTURO

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

Dirección Domicilio:	Barrio:
VEREDA AGUA SANTA	SARAVERA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVERA	3204501703	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)	Horas Laboradas en el Mes:
luis.camperos@gmail.com	Fijo ☐ Indefinido ☒	

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	120 ☐ 240 ☒
NUEVA EPS	AYUDANTE CONSTRUCCION	7112		

Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.
----------------------	-------------------------------------	-----------	-------	--------------

(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).
SI ☐ NO ☒	Agricultura ☐ Silvicultura ☐ Ganadería ☐ Pesca ☐ Avicultura ☐ Apicultura ☐	Propia ☒ Familiar ☐ Arrendada ☐ Hipoteca ☐	Rural ☐ Urbana ☒	Normal ☒ Discapac. ☐	

Grado Escolaridad	Preescolar ☐ Básica ☒ Secundaria ☐ Media ☐	Básica Adultos ☐ Media Adultos ☐ Primera Infancia ☐	Técnico/Tecnológico ☐ Profesional Universitario ☐ Posgrado/Maestría ☐ Ninguno ☐	No Disponible ☐
-------------------	---	--	---	--

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 ☐	RÓOM/GITANO ☐	No Disponible ☐

Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:
1	0

DATOS SENSIBLES

1412

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

Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Heterosexual ☐	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 adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.

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

C) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y 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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1964, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI ☒ NO ☐

José Andrés

FIRMA DEL TRABAJADOR

J. L. ...

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

Observaciones:

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑIA 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 SARAVERENA 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 COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
NIT. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 8:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva, Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

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.



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.

ထွက်ပေါ်နေသော အခွန်

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva
opc
para el cliente
tel. 64-143613

1. DATOS DEL TITULAR
A. TIPO DE TRÁMITE
 1. TIPO DE TRÁMITE: ☐ A. PRIMERA VISTA ☒ B. REPOSICIÓN DE NOVEDADES ☐ C. TIPO DE AFILIACIÓN
 2. TIPO DE AFILIACIÓN: ☒ A. Individual: ☐ A.1. Afiliación a la Seguridad Social ☐ A.2. Afiliación a la Seguridad Social ☐ B. Colectiva ☐ C. Participativa ☐ D. Opción ☐ E. REPOSICIÓN DE NOVEDADES
B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del titular o cabeza de familia)
 1. APELLIDOS Y NOMBRES: **Camperos Camargo Luis Arturo**
 2. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **CC**
 3. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **88.305.944**
 4. SEXO: **M**
 5. FECHA DE NACIMIENTO: **13/09/1978**
 6. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia**
 7. FECHA DE NACIMIENTO: **13/09/1978**
 8. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 9. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 10. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 11. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 12. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 13. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 14. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 15. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 16. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 17. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 18. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 19. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 20. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 21. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 22. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 23. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 24. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 25. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 26. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 27. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 28. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 29. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 30. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 31. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 32. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 33. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 34. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 35. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 36. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 37. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 38. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 39. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 40. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 41. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 42. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 43. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 44. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 45. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 46. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 47. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 48. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 49. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 50. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 51. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 52. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 53. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 54. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 55. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 56. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 57. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 58. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 59. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 60. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 61. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 62. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 63. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 64. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 65. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 66. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 67. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 68. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 69. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 70. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 71. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 72. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 73. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 74. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 75. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 76. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 77. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 78. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 79. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 80. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 81. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 82. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 83. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 84. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 85. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 86. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 87. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 88. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 89. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 90. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 91. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 92. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 93. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 94. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 95. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 96. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 97. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 98. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 99. TIPO DE TRÁMITE: **6**
 100. TIPO DE TRÁMITE: **6**

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva

☒

Cambio de Empresa

☐

Actualización Datos

☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente

☒

Servicio Doméstico

☐

Madre Comunitaria

☐

Taxista

☐

CODIGO

FT-GS-01

VERSION

14

FECHA

1 de Diciembre de 2024

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?

SI

☐

NO

☒

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

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA:		CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025	
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVERA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselextrositda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:		No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo		
		1006409912	2019-11-08	2001-10-16	(Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT		H	M
		PAS		PEP			X
1er Apellido		2do Apellido		Nombres			
CAMPEROS		VILLAMIZAR		LUDY JOHANA			
Estado Civil:		Fecha de Ingreso:		Salario Base:		Tipo Salario:	
UL: ☒ CAS: ☐ SOL: ☐		2025-12-15		\$ 1807110		Fijo ☒ Integral ☐ Variable ☐	
(Marque con una X) SEP: ☐ DIV: ☐ VIU: ☐							
Dirección Domicilio:				Barrio:			
VEREDA AGUA SANTA				SARAVERA			
Ciudad donde Trabaja:		Número Telefónico:		Nacionalidad:			
SARAVERA		3138834576		COLOMBIA			
Correo electrónico del trabajador:				Tipo de contrato: (Marque con una X)		Horas Laboradas en el Mes:	
camperostudy322@gmail.com				Fijo ☐ Indefinido ☒		120 ☐ 240 ☒	
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:	
(Marque con una X)		(Marque con una X)		(Marque con una X)		(Marque con una X)	
SI ☐ NO ☒		Agricultura ☐ Silvicultura ☐		Propia ☐ Familiar ☒		Rural ☐ Normal ☒	
La respuesta (SI), diligenciar el siguiente campo.		Ganadería ☐ Pesca ☐		Arrendada ☐ Hipoteca ☐		Urbana ☒ Discapac: ☐	
		Avicultura ☐ Apicultura ☐					
		Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada					
Grado Escolaridad		Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnico/Tecnológico ☐		Básica ☐ Secundaria Adultos ☐ Profesional Universitario ☐		No Disponible ☐	
Marque con una X		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 ☒							
Resguardo Indígena:				Pueblo Indígena:			
1				0			

1427

1472

DATOS SENSIBLES

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

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 adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador

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

C) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y 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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, 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 ☐

Ludy Campos

FIRMA DEL TRABAJADOR

J. L. ...

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

Observaciones:

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 SARAVERA 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.**

Positiva Compañía de Seguros S.A:

Nit. 880.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensor@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

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.

1426

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
Cambio de Empresa ☐
Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
Servicio Doméstico ☐
Madre Comunitaria ☐
Taxista ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI ☐ NO ☒

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

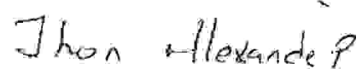
Favor diligenciar todas las casillas, sin enmendaduras y en letra legible.
Lea cuidadosamente el instructivo para el diligenciamiento de este formulario.

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVERA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselectrositda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:		No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:			
		80875811	2003-12-04	1984-03-12	(Marque con una X)			
CC.	☒	CE		PPT		H	M	I
		PAS		PEP		☒		
1er Apellido		2do Apellido		Nombres				
PENA		ORTEGA		JHON ALEXANDER				
Estado Civil:		Fecha de Ingreso:		Salario Base:		Tipo Salario:		
UL. ☒ CAS. ☐ SOL. ☐		2025-12-15		\$ 1807110		Fijo ☒ Integral ☐ Variable ☐		
(Marque con una X) SEP. ☐ DIV. ☐ VIU. ☐								
Dirección Domicilio:				Barrio:				
VEREDA AGUA SANTA				SARAVERA				
Ciudad donde Trabaja:		Número Telefónico:		Nacionalidad:				
SARAVERA		3157066285		COLOMBIA				
Correo electrónico del trabajador:				Tipo de contrato: (Marque con una X)		Horas Laboradas en el Mes:		
JHONALEXANDERPENAORTEGA@GMAIL.COM				Fijo ☐ Indefinido ☒		(Marque con una X)		
E.P.S Donde está Afiliado (A):		Cargo a Desempeñar:		Fecha terminación:		120 ☐ 240 ☒		
NUEVA EPS		AYUDANTE DE CONSTRUCCION						
Sector Agropecuario:		Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)		Zona:		Cap. Trabaj.		
(Marque con una X)		(Marque con una X)		(Marque con una X)		(Marque con una X)		
SI ☐ NO ☒		Agricultura ☐ Silvicultura ☐		Rural ☐ Normal ☒		120 horas-anexar copia contrato.		
La respuesta (SI), diligenciar el siguiente campo.		Ganadería ☐ Pesca ☐		Urbana ☒ Discapac. ☐		(Decreto 2616 de 2013).		
		Avicultura ☐ Apicultura ☐						
		Arrendada ☒ Hipoteca ☐						
Grado Escolaridad		Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnico/Tecnológico ☐		Básica ☒ Secundaria Adultos ☐ Profesional Universitario ☐		No Disponible ☐		
Marque con una X)		Secundaria ☐ Media Adultos ☐ Posgrado/Maestría ☐		Media ☐ Primera Infancia ☐ Ninguno ☐				
Labora simultáneamente con otra Empresa				Nit:		Salario:		
Nombre o Razon Social:								
Pertenencia Étnica (Marque con una X)								
Afrocolombiano ☐ Indígena ☐ Raizal de Archipiélago de San Andrés ☐ No se AUTORECONOCE en ninguno ☐								
Comunidad Negra ☐ Palenquero ☐ ROOM/GITANO ☐ No Disponible ☒								
Resguardo Indígena:				Pueblo Indígena:				
1				0				

DATOS SENSIBLES							
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado.	☐	Dañificado desastre natural	☐	Población Migrante	☐	 Vigilado Superintendencia
	Victima del conflicto armado (No desplazado)	☐	Cabeza de Familia	☐	Población zonas fronteras (Nacionales)	☐	
	Desmovilizado o Reinsertado	☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia	☐	Ejercicio del trabajo sexual	☐	
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados	☐	En condición de Discapacidad.	☐	No Aplica	☒	
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.					
<p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.</p> <p>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</p> <p>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 tramite mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsido Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>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.</p>							
SI ☒ NO ☐							
							
FIRMA DEL TRABAJADOR				FIRMA DEL EMPLEADOR			
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR							
Observaciones:							

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 SARAVERA 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.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 880.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensor@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8184 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

729



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.

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.

hānā pāva rāhānā modh

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva

சென்னை, 14.05.2019

MP VALIANCE

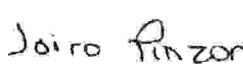
19 12 2025

[illegible]

1437

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES											
						CODIGO		FT-GS-01			
NOVEDAD						TIPO DE AFILIADO		VERSION		14	
Afiliación Nueva ☒						Dependiente ☒		FECHA		1 de Diciembre de 2024	
Cambio de Empresa ☐						Servicio Doméstico ☐					
Actualización Datos ☐						Madre Comunitaria ☐					
						Taxista ☐					
						¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?		SI ☐ NO ☒			
Favor diligenciar todas las casillas, sin enmendaduras y en letra legible. Lea cuidadosamente el instructivo para el diligenciamiento de este formulario.						La respuesta (SI) debe anexar Certificado de distinción como Veterano de la Fuerza Pública emitido por el Ministerio de Defensa.					
DATOS DE LA EMPRESA											
RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA: CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025											
NIT:		Dirección de la Empresa:				Ciudad:					
902011839		CL 15 10 35				SARAVERA					
Departamento:		Correo Electrónico de la Empresa:				Número Telefónico:					
ARAUCA		conselectrositda2012@hotmail.com				3212859403					
DATOS DEL TRABAJADOR (A)											
Tipo de Identificación:		No. Identificación :		Fecha de Expedición:		Fecha de Nacimiento:		Sexo			
		96125054		1981-05-27		1981-05-27		(Marque con una X)			
CC ☐ X ☐ CE ☐ PPT ☐				Lugar Expedición:		Ciudad de Nacimiento:		H ☐ M ☐ I ☐			
PAS ☐ PEP ☐				SARAVERA		SARAVERA		X ☐			
1er Apellido			2do Apellido			Nombres					
PINZON			MOSQUERA			JAIR					
Estado Civil: UL ☐ CAS. ☐ SOL. ☒			Fecha de Ingreso:			Salario Base:		Tipo Salario:			
(Marque con una X) SEP. ☐ DIV. ☐ VIU. ☐			2025-12-15			\$ 1807110		Fijo ☐ X ☐ Integral ☐ Variable ☐			
Dirección Domicilio:						Barrio:					
VEREDA AGUA SANTA						SARAVERA					
Ciudad donde Trabaja:			Número Telefónico:			Nacionalidad:					
SARAVERA			3125289819			COLOMBIA					
Correo electrónico del trabajador:						Tipo de contrato: (Marque con una X)		Horas Laboradas en el Mes:			
Jalropinzon2025@gmail.com						Fijo ☐ Indefinido ☒		(Marque con una X) 120 ☐ 240 ☒			
E.P.S Donde está Afiliado (A):		Cargo a Desempeñar:		Profesión:		Fecha terminación:					
NUEVA ESP		AYUDANTE DE CONSTRUCCION		7112							
Sector Agropecuario:		Act. sect. Agro. (Decreto 1053/2014)		Vivienda:		Zona:		Cap. Trabaj.			
(Marque con una X) SI ☐ NO ☒		(Marque con una X) Agricultura ☐ Silvicultura ☐ Ganadería ☐ Pesca ☐ Avicultura ☐ Apicultura ☐		(Marque con una X) Propia ☐ Familiar ☒ Arrendada ☐ Hipoteca ☐		(Marque con una X) Rural ☐ Urbana ☒		(Marque con una X) Normal ☒ Discapac. ☐		120 horas-anexar copia contrato: (Decreto 2616 de 2013).	
La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.		Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad subcomunitaria.									
Grado Escolaridad (Marque con una X)		Preescolar ☐ Básica ☒ Secundaria ☐ Media ☐		Básica Adultos ☐ Secundaria Adultos ☐ Media Adultos ☐ Primera Infancia ☐		Técnico/Tecnológico ☐ Profesional Universitario ☐ Posgrado/Maestría ☐ Ninguno ☐		No Disponible ☐			
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 ☐											
Resguardo Indígena:				Pueblo Indígena:							
1				0							

1432

DATOS SENSIBLES				
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Dañificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	 No Disponible ☐
	Víctima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☒	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☐	
Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.		
Heterosexual ☐	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.		
<p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador</p> <p>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</p> <p>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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales</p> <p>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.</p> <p>SI ☒ NO ☐</p> <div><div> FIRMA DEL TRABAJADOR</div><div> FIRMA DEL EMPLEADOR</div></div>				
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR				
Observaciones:				

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.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 880.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunas a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

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.



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.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SCSRS

nuevo

7-12-2025

[illegible]

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
 Cambio de Empresa: ☐
 Actualización Datos: ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
 Servicio Doméstico ☐
 Madre Comunitaria: ☐
 Taxista ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?

SI ☐ NO ☒

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 SARAVERA 2025	
NIT: 902011839	Dirección de la Empresa: CL 15 10 35	Ciudad: SARAVERA
Departamento: ARAUCA	Correo Electrónico de la Empresa: conselelectrositda2012@hotmail.com	Número Telefónico: 3212859403

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:		No. Identificación 96189120	Fecha de Expedición: 1993-05-11	Fecha de Nacimiento: 1974-05-29	Sexo (Marque con una X)		
CC	X	CE	PPT	Lugar Expedición: SARAVERA	Ciudad de Nacimiento: SARAVERA	H	M
		PAS	PEP			X	
1er Apellido PAEZ		2do Apellido MATEUS		Nombres JAIMAR			
Estado Civil: UL. ☐ CAS. ☒ SOL. ☐ (Marque con una X) SEP. ☐ DIV. ☐ VIU. ☐		Fecha de Ingreso: 2025-12-15		Salario Base: \$ 1807110		Tipo Salario:	
						Fijo	X
Dirección Domicilio: VEREDA AGUA SANTA				Barrio: SARAVERA			
Ciudad donde Trabaja: SARAVERA		Número Telefónico: 3246340429		Nacionalidad: COLOMBIA			
Correo electrónico del trabajador: paezjaimar63@gmail.com				Tipo de contrato: (Marque con una X)		Horas Laboradas en el Mes:	
				Fijo ☐ Indefinido ☒		(Marque con una X) 120 ☐ 240 ☒	
E.P.S Donde está Afiliado (A): COOSALUD		Cargo a Desempeñar: AYUDANTE DE CONSTRUCCION		Profesión: 9313		Fecha terminación:	
Sector Agropecuario:		Act. seci. Agro. (Decreto 1053/2014)		Vivienda:		Zona: Cap. Trabaj.	
(Marque con una X) SI ☐ NO ☒		(Marque con una X) Agricultura ☐ Silvicultura ☐ Ganadería ☐ Pesca ☐ Avicultura ☐ Apicultura ☐		(Marque con una X) Propia ☐ Familiar ☒ Arrendada ☐ Hipoteca ☐		(Marque con una X) Rural ☐ Normal ☒ Urbana ☒ Discapac. ☐	
La respuesta (SI): diligenciar el siguiente campo. <small>Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada.</small>						120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).	
Grado Escolaridad (Marque con una X)		Preescolar ☐ Básica ☒ Secundaria ☐ Media ☐		Básica Adultos ☐ Secundaria Adultos ☐ Media Adultos ☐ Primera Infancia ☐		Técnico/Tecnológico ☐ Profesional Universitario ☐ Posgrado/Maestría ☐ 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 ☐							
Resguardo Indígena: 1				Pueblo Indígena: 0			

1436

DATOS SENSIBLES					
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Dañificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	No Disponible ☐	
	Víctima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐		
	Desmovilizado o Reinserlado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐		
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinserlados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☒		
Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.			
Heterosexual ☐	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.			
<p>A) Formulo Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador</p> <p>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</p> <p>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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>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 que 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.</p>					
<p>SI ☒ NO ☐</p>					
<p><i>Jaima Porraz</i></p>			<p><i>J. L. ...</i></p>		
FIRMA DEL TRABAJADOR			FIRMA DEL EMPLEADOR		
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR					
Observaciones:					

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

**NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO
AGUA SANTA SARAVERA 2025**

Datos de la Relación Laboral

**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.**

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva,
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro
organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

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.



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.

nuova

01-12-2021

01 12 2014

Pact Notus Jaimo
CC 96189120
Colombia Arauca Suravena 29 OS 1974
6 [redacted] Posihua
Pouveni 7423500

[illegible]

<small>01. Nombre de la persona o entidad</small> Consejo de Aguas de la NTA		<small>02. Tipo de documento o del trámite</small> 902011831		<small>03. Número del documento de identificación</small> 3217859403		<small>04. Dependencia</small> Dependiente	
<small>05. Proceso</small> C11 IS		<small>06. Fecha</small> 10 - 35 0		<small>07. Lugar</small> Aguaro		<small>08. Municipio</small> Saraguro	

[illegible]

NOMENCLATURA DE LA ACTIVIDAD		NOMBRE DEL APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Pais		Matros		Jaima			
CC		96189120		A. LEY INICIAL		A. LEY IDENTIFICACION	
24 05 1974		15 12 2025		77. MATRIZA DE		Cual	

[illegible]

CONFEDERATION SOLIDARIA

1. The first part of the document is a letter from the President of the United States to the Congress, dated January 1, 1861. It is a copy of the original letter, and is signed by Abraham Lincoln.

JAIMA PAET
 JOSE LIZANZO

[illegible]

一、政治
 二、經濟
 三、文化
 四、教育
 五、社會
 六、宗教
 七、藝術
 八、科學
 九、法律
 十、軍事
 十一、外交
 十二、內政
 十三、財政
 十四、稅收
 十五、金融
 十六、交通
 十七、郵政
 十八、電信
 十九、新聞
 二十、出版
 二十一、體育
 二十二、衛生
 二十三、醫藥
 二十四、農業
 二十五、工業
 二十六、商業
 二十七、貿易
 二十八、銀行
 二十九、保險
 三十、證券
 三十一、期貨
 三十二、債券
 三十三、股票
 三十四、基金
 三十五、信託
 三十六、租賃
 三十七、買賣
 三十八、抵押
 三十九、擔保
 四十、繼承
 四十一、遺贈
 四十二、遺產
 四十三、債權
 四十四、債務
 四十五、契約
 四十六、合同
 四十七、協議
 四十八、調解
 四十九、仲裁
 五十、訴訟
 五十一、審判
 五十二、檢察
 五十三、警察
 五十四、消防
 五十五、治安
 五十六、國防
 五十七、軍人
 五十八、將士
 五十九、兵卒
 六十、軍隊
 六十一、武器
 六十二、彈藥
 六十三、裝備
 六十四、訓練
 六十五、作戰
 六十六、指揮
 六十七、協調
 六十八、配合
 六十九、支援
 七十、保障
 七十一、後援
 七十二、補給
 七十三、運輸
 七十四、通信
 七十五、情報
 七十六、偵察
 七十七、監視
 七十八、警戒
 七十九、防範
 八十、防禦
 八十一、抵抗
 八十二、奮鬥
 八十三、犧牲
 八十四、英勇
 八十五、忠誠
 八十六、勇敢
 八十七、堅毅
 八十八、果敢
 八十九、沉着
 九十、冷靜
 九十一、理智
 九十二、克制
 九十三、忍耐
 九十四、謙遜
 九十五、禮貌
 九十六、文明
 九十七、進步
 九十八、發展
 九十九、繁榮
 一百、昌盛

[illegible]

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions, both incoming and outgoing, to ensure transparency and accountability. It emphasizes the need for regular audits and the use of reliable accounting software to track financial performance over time.

[Faint, illegible handwritten notes at the bottom of the page.]

[Handwritten signature]

[Faint, illegible handwritten notes]

UNCLASSIFIED

$\frac{d}{dt} \left(\frac{1}{2} m v^2 + U(r) \right) = 0$

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva: ☒
Cambio de Empresa: ☐
Actualización Datos: ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente: ☒
Servicio Doméstico: ☐
Medre Comunitaria: ☐
Taxista: ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI ☐ NO ☒

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVERA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselectrositda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:	No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo
CC	1115739938	2014-04-08	1994-07-31	(Marque con una X)
X		Lugar Expedición:	Ciudad de Nacimiento:	H M I
CE		SARAVERA	SARAVERA	X
PPT				
PAS				
PEP				

Ter Apellido	2do Apellido	Nombres
GARCIA	PENA	ISAI

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

Dirección Domicilio:	Barrio:
CARRERA 4 3 42	ARAUCA

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

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)	Horas Laboradas en el Mes:
Isai.garci@gmail.com	Fijo ☐ Indefinido ☒	(Marque con una X)
		120 ☐ 240 ☒

E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	120 ☐ 240 ☒
NUEVA EPS	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	7112		

Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Traba.
(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)

SI ☐ NO ☒	Agricultura ☐ Silvicultura ☐	Propia ☐ Familiar ☒	Rural ☐ Normal ☒	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2618 de 2013).
La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.	Ganadería ☐ Pesca ☐	Arrendada ☐ Hipoteca ☐	Urbana ☒ Discapac. ☐	
	Avicultura ☐ Apicultura ☐			

Grado Escolaridad	Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnico/Tecnológico ☐	No Disponible ☐
Marque con una 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 ☐

Resguardo Indígena: 1 Pueblo Indígena: 0

1442

DATOS SENSIBLES				
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Dañificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	No Disponible ☐
	Víctima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☒	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☐	
Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.		
Heterosexual ☐	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.		
<p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.</p> <p>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.</p> <p>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 suministré en este formulario y aquellos clasificados como datos sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>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.</p>				
<p>SI ☒ NO ☐</p>				
<p>Isaí García Peña</p>		<p>J. L. C. 2020</p>		
FIRMA DEL TRABAJADOR		FIRMA DEL EMPLEADOR		
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR				
Observaciones:				

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑIA 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 SARAVERA 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 COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

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.

CLICK PARA REACCIONAR

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
RÉGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

nueva
op
para el mundo
100% algodón

FECHA DE RADICACIÓN
15 12 2025

1. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE

A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ☒ C. TIPO DE AFILIACIÓN

A. CONTINUACIÓN SOCIARIA SI ☐ NO ☐ A. COLIGAS ☒ B. COLIGAS DE FAMILIA ☐ C. BARRERAS ☐ D. AÑOS DE AFILIACIÓN ☐ E. TIPO DE COLIGAS ☒ A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensamiento ☐ D. CODIGO ☐

2. TIPO DE AFILIACIÓN

A. Individual: a) Católico ☒ b) Evangélico ☒ c) Judaísmo ☐ d) Islam ☐ e) Espiritismo ☐ f) Otro ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficina ☐ E. Afirmación ☒ F. Scholastic ☐

3. Afirmación ☒ Scholastic ☐

4. CODIGO ☐

A. AFILIACION A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del solicitante o cabeza de familia)		U. CARRETERA DE PANAMA		U. AFILIADO EDUCACIONAL		U. EUROPEANISMO	
B. APELLIDOS Y NOMBRES							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
García		Peño		Isai			
C. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		D. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		E. SEXO BIOLÓGICO		F. SEXO IDENTIFICACIÓN	
CC		7115239938		M		M	
G. NACIONALIDAD		H. LUGAR DE NACIMIENTO		I. FECHA NACIMIENTO		J. CUN?	
Colombiano		D'Arauca		Saravena		3-1 07- 1994	
K. DATOS COMPLEMENTARIOS							
L. SEXO COMPLEMENTARIO		M. DISCAPACIDAD		N. DISCAPACIDAD		O. TIPO DE GRUPO	
G		SI		NO		SI	
Povernii		1423-500		25. TARIFA CONTINUACIÓN SOLICITARIA		26. RESIDENCIA	
DIRECCIÓN		N		CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO	
MUNICIPIO/DISTRITO		LOCALIDAD/CONUTVA		201A		201B	
Saravena		Saravena		Saravena		Saravena	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero(a) permanente del solicitante)									
47. APELLIDOS Y NOMENES									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
16. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		19. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		30. SEXO BIOLÓGICO	F M	31. SEXO IDENTIFICACIÓN	F M OTRO?	T N OTRO	
32. NACIONALIDAD		33. LUGAR DE NACIMIENTO	Pais	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	34. FECHA NACIMIENTO	DIA	MESES	AÑOS

[illegible]

N. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACION DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA APLICACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
1. Nombre y razón social	2. Tipo documento de identificación	3. Número del documento de identificación	4. Fecha de inicio de la actividad económica
5. Dirección	6. Correo electrónico	7. Teléfono	8. Dependencia
9. CUIT	10. CUIT	11. CUIT	12. CUIT

[illegible]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD									
61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
García		Peña		Isai					
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		62. SEXO BIOLÓGICO		F. 63. SEXO IDENTIFICACIÓN		P. ☒ T. ☐ ND. ☐ Otro ☐	
CC		1775739938				X		Cual?	
64. FECHA NACIMIENTO				65. FECHA DE NOVEDAD		67. MOTIVO DE TRASLADO		68. CAJA DE COMPRENSIÓN FAMILIAR Y PARADIGMA DE PLANIFICACIÓN	
30/07/1994				10/12/2025		Código			

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

68. Declaración de dependencias económicas de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declara bajo la gravedad de juramento que el/los beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

69. Declaración de la no obligación de declarar a Régimen Contributivo Especial, caso de Excepción.

70. Declaración de existencia o 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.

71. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios y afiliados adicionales en una Intervención Prestadora de Servicios de Salud.

72. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de los beneficiarios y afiliados adicionales.

73. Autorización para que la EPS realice las gestiones de información que se generen como resultado de la solicitud de renovación de la afiliación de los afiliados voluntarios y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.

74. Autorización para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de los beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

75. A) Autoriza el/los correspondiente/s específicamente para que Hueva EPS socializara comunicación a través de SMS, EMAIL, PÁGINA WEB, HIGHLIGHTS, WHATSAPP, y otras canales, para recibir mensajes informativos.

76. B) Autorización para que la EPS me contacte con fines meramente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares. Incluye el envío por correo electrónico a la "Página de Noticias Excluídos" (PNE).

77. Aceptación de los resultados de la verificación de la condición de beneficiario y de renovar los papeles correspondientes.

78. Aceptación de la autorización del grupo familiar y la autorización en Contribución Solidaria, según lo anexo del Estado Vigente.

EL CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

PRIMER APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
SEGUNDO APELLIDO		SEGUNDO NOMBRE	
1	2	3	4
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
5	6	7	8

FIRMAS Isai Garcia	Jose Lizarazo
RO. El coltante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplica o aliado adicional	OJ. Empleador, representante o entidad responsable de la situación colectiva, institucional o de Oficio

[illegible]

12. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL

Código del Municipio	Código del departamento	83. NOMBRES DE LA INSTITUCIÓN
----------------------	-------------------------	-------------------------------

DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.											
1. APELLIDOS Y NOMBRES		2. En calidad de:		3. Poder/Ámbito		4. Sistema de control					
5. COORDINADOR DE INSTITUCIÓN	6. ASISTENTE DEL COORDINADOR DE INSTITUCIÓN	7. FIRMA DEL FUNCIONARIO	8. FECHA DE RADICACIÓN	9. DIA	10. MES	11. AÑO	12. FECHA DE VALIDACIÓN	13. DIA	14. MES	15. AÑO	
OBSERVACIONES:											

Recuerde que con la Bruma 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. 8

FÓRMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
Cambio de Empresa ☐
Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
Servicio Doméstico ☐
Médre Comunitaria ☐
Taxista ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?

SI ☐ NO ☒

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVERA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselelectrositda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación: CC ☒ X CE ☐ PPT ☐ TI ☐ PAS ☐ PEP ☐	No. Identificación: 88255608	Fecha de Expedición: 2000-02-14	Fecha de Nacimiento: 1982-02-11	Sexo (Marque con una X) H ☐ M ☐ I ☐
		Lugar Expedición: CUCUTA	Ciudad de Nacimiento: CUCUTA	H ☒ M ☐ I ☐

1er. Apellido	2do Apellido	Nombres
BORRERO	MERCHAN	HENRY

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

Dirección Domicilio: CLL 25 8 28	Barrio: SARAVERA
-------------------------------------	---------------------

Ciudad donde Trabaja: SARAVERA	Número Telefónico: 3112651165	Nacionalidad: COLOMBIA
-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------

Correo electrónico del trabajador: HENRYCO1@GMAIL.COM	Tipo de contrato: (Marque con una X) Fijo ☐ Indefinido ☒	Horas Laboradas en el Mes: (Marque con una X) 120 ☐ 240 ☒
--	--	--

E.P.S Donde está Afiliado (A): NUEVA EPS	Cargo a Desempeñar: INGENIERO RESIDENTE	Profesión: 2142	Fecha terminación:	120 ☐ 240 ☒
---	--	--------------------	--------------------	--

Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro. (Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.
----------------------	--------------------------------------	-----------	-------	--------------

(Marque con una X) SI ☐ NO ☒	(Marque con una X) Agricultura ☐ Silvicultura ☐ Ganadería ☐ Pesca ☐ Avicultura ☐ Apicultura ☐	(Marque con una X) Propia ☐ Familiar ☒ Arrendada ☐ Hipoteca ☐	(Marque con una X) Rural ☐ Urbana ☒	(Marque con una X) Normal ☒ Discapac. ☐	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2816 de 2013).
--	--	--	---	---	---

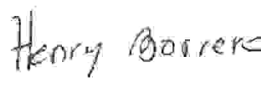
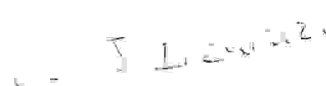
Grado Escolaridad: Marque con una X	Preescolar ☐ Básica ☐ Secundaria ☐ Media ☐	Básica Adultos ☐ Secundaria Adultos ☐ Media Adultos ☐ Primera Infancia ☐	Técnico/Tecnológico ☐ Profesional Universitario ☒ Posgrado/Maestría ☐ Ninguno ☐	No Disponible ☐
--	---	---	---	--

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

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

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

Resguardo Indígena: 1	Pueblo Indígena: 0
--------------------------	-----------------------

DATOS SENSIBLES								
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado.	☐	Dañificado desastre natural	☐	Población Migrante	☐	No Disponible ☐	Vigilado Superabido
	Victima del conflicto armado (No desplazado)	☐	Cabeza de Familia	☐	Población zonas fronteras (Nacionales)	☐		
	Desmovilizado o Reinsertado	☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia	☐	Ejercicio del trabajo sexual	☐		
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados	☐	En condición de Discapacidad	☐	No Aplica	☒		
Orientación Sexual: (Marque con una X)			Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.					
Heterosexual ☒			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.		
<p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.</p> <p>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.</p> <p>C) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y expresa, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como datos sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>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.</p>								
SI ☒ NO ☐								
 FIRMA DEL TRABAJADOR			 FIRMA DEL EMPLEADOR					
PARÁ USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR								
Observaciones:								

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 SARAVERA 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.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 880.011.153-8 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A -13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva,
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

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

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

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.

ALCA PARA VENTILADOR

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SQSSS

nueva

पुनः २००० ई. ११-१२-२०००
२००० ई. ११-१२-२०००

[illegible]

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
 Cambio de Empresa ☐
 Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
 Servicio Doméstico ☐
 Madre Comunitaria ☐
 Taxista ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?

SI ☐ NO ☒

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

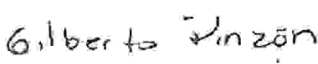
La respuesta (SI) debe anexar Certificado de distinción como Veterano de la
 Fuerza Publica emitido por el Ministerio de Defensa.

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15-10-35	SARAVERA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselectroslda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:		No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo		
		96126193	2003-10-21	1985-06-19	(Marque con una X)		
CC:	X	CE		PPT		H	M
		PAS		PEP		X	
Apellido:		2do Apellido		Nombres			
PINZON		MOSQUERA		GILBERTO			
Estado Civil:		Fecha de Ingreso:		Salario Base:		Tipo Salario:	
UL. ☐ CAS. ☐ SOL. ☒		2025-12-15		\$ 1807110		Fijo ☒ Integral ☐ Variable ☐	
(Marque con una X) SEP. ☐ DIV. ☐ VIU. ☐							
Dirección Domicilio:				Barrio:			
VEREDA AGUA SANTA				SARAVERA			
Ciudad donde Trabaja:		Número Telefónico:		Nacionalidad:			
SARAVERA		3219596434		COLOMBIA			
Correo electrónico del trabajador:				Tipo de contrato: (Marque con una X)		Horas Laboradas en el Mes:	
pinzongilberto667@gmail.com				Fijo ☐ Indefinido ☒			
E.P.S. Donde está Afiliado (A):		Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:		(Marque con una X)	
NUEVA EPS		AYUDANT DE CONSTRUCCION	9211			120 ☐ 240 ☒	
Sector Agropecuario:		Act. sect. Agro. (Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).	
(Marque con una X)		(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)		
SI ☐ NO ☒		Agricultura ☐ Silvicultura ☐	Propia ☒ Familiar ☐	Rural ☐	Normal ☒		
La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.		Ganadería ☐ Pesca ☐	Arrendada ☐ Hipoteca ☐	Urbana ☒	Discapac. ☐		
		Avicultura ☐ Apicultura ☐					
		Anexar certificación por parte de la empresa sobre la actividad seleccionada					
Grado Escolaridad		Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnico/Tecnológico ☐		No Disponible ☐			
(Marque con una 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 ☐							
Resguardo Indígena:				Pueblo Indígena:			
1				0			

DATOS SENSIBLES								
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado.	☐	Dañificado desastre natural	☐	Población Migrante	☐	No Disponible ☐	 Vigilancia Superintendencia
	Victima del conflicto armado (No desplazado)	☐	Cabeza de Familia	☐	Población zonas fronterizas (Nacionales)	☐		
	Desmovilizado o Reinsertado.	☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia	☐	Ejercicio del trabajo sexual	☐		
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados	☐	En condición de Discapacidad	☐	No Aplica	☒		
Orientación Sexual: (Marque con una 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.					
Heterosexual ☐			Bisexual ☐					
Homosexual ☐			Información No Disponible ☒					
A) Formado Afiliación del trabajador (totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador. B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley. C) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y 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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsido Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales. D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, 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 ☐								
 FIRMA DEL TRABAJADOR			 FIRMA DEL EMPLEADOR					
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR								
Observaciones:								

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

**NIT: 902.011.839 -1CONSORCIO ACUEDUCTO
AGUA SANTA SARAVERENA 2025**

Datos de la Relación Laboral

**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.**

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

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.



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.

ALICE PAVAN BOCARTE

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nuevo

[illegible]

1947

1-5-19 2025

15. 12. 2023

A. ATRIBUCIÓN
 1. TIPO DE TRABAJO: ☐ A. ATRIBUCIÓN ☒ B. FOMENTO DE PROYECTOS ☐ C. TIPO DE ATRIBUCIÓN
 2. TIPO DE ATRIBUCIÓN: ☐ A. ATRIBUCIÓN ☒ B. FOMENTO DE PROYECTOS ☐ C. TIPO DE ATRIBUCIÓN
 3. TIPO DE ATRIBUCIÓN: ☐ A. ATRIBUCIÓN ☒ B. FOMENTO DE PROYECTOS ☐ C. TIPO DE ATRIBUCIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
 1. NOMBRE COMPLETO: **Pinzon Masquera Gilberto**
 2. TIPO DE DOCUMENTO: **CC**
 3. NÚMERO DE DOCUMENTO: **96126193**
 4. SEXO: **M**
 5. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 6. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 7. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 8. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 9. SEXO: **M**
 10. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 11. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 12. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 13. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 14. SEXO: **M**
 15. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 16. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 17. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 18. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 19. SEXO: **M**
 20. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 21. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 22. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 23. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 24. SEXO: **M**
 25. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 26. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 27. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 28. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 29. SEXO: **M**
 30. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 31. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 32. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 33. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 34. SEXO: **M**
 35. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 36. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 37. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 38. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 39. SEXO: **M**
 40. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 41. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 42. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 43. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 44. SEXO: **M**
 45. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 46. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 47. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 48. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 49. SEXO: **M**
 50. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 51. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 52. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 53. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 54. SEXO: **M**
 55. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 56. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 57. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 58. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 59. SEXO: **M**
 60. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 61. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 62. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 63. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 64. SEXO: **M**
 65. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 66. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 67. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 68. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 69. SEXO: **M**
 70. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 71. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 72. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 73. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 74. SEXO: **M**
 75. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 76. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 77. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 78. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 79. SEXO: **M**
 80. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 81. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 82. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 83. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 84. SEXO: **M**
 85. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 86. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 87. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 88. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 89. SEXO: **M**
 90. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 91. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 92. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 93. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 94. SEXO: **M**
 95. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 96. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 97. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 98. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 99. SEXO: **M**
 100. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 101. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 102. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 103. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 104. SEXO: **M**
 105. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 106. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 107. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 108. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 109. SEXO: **M**
 110. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 111. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 112. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 113. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 114. SEXO: **M**
 115. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 116. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 117. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 118. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 119. SEXO: **M**
 120. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 121. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 122. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 123. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 124. SEXO: **M**
 125. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 126. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 127. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 128. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 129. SEXO: **M**
 130. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 131. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 132. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 133. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 134. SEXO: **M**
 135. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 136. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 137. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 138. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 139. SEXO: **M**
 140. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 141. LUGAR DE NACIMIENTO: **Colombia Arauco Saravena**
 142. TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC**
 143. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **96126193**
 144. SEXO: **M**
 145. FECHA DE NACIMIENTO: **19 06 1983**
 14

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
 Cambio de Empresa ☐
 Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
 Servicio Doméstico ☐
 Madre Comunitaria ☐
 Taxista ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI ☐ NO ☒

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 SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	ARAUCA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselectrositda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:	No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo
	1098695629	2008-11-24	1990-04-10	(Marque con una X)
CC ☒ X CE ☐ PPT ☐		Lugar Expedición:	Ciudad de Nacimiento:	H ☐ M ☐ I ☐
TI ☐ PAS ☐ PEP ☐		BUARAMANGA	SARAVERA	X ☐
1er Apellido	2do Apellido	Nombres		
ROA	GAMBOA	JESSIKA NATHALIA		
Estado Civil: UL. ☐ CAS. ☐ SOL. ☒	Fecha de Ingreso:	Salario Base:	Tipo Salario:	
(Marque con una X) SEP. ☐ DIV. ☐ VIU. ☐	2025-11-27	\$ 2000000	Fijo ☐ X Integral ☐ Variable ☐	
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 ☒		(Marque con una X)	
E.P.S Donde está Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:	120 ☐ 240 ☒
NUEVA EPS	HSE	2142		
Sector Agropecuario:	Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.
(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)
SI ☐ NO ☒	Agricultura ☐ Silvicultura ☐	Propia ☐ Familiar ☒	Rural ☐ Normal ☒	120 horas-anexar copia contrato.
La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.	Ganadería ☐ Pesca ☐	Arrendada ☐ Hipoteca ☐	Urbana ☒ Discapac. ☐	(Decreto 2816 de 2013).
	Avicultura ☐ Apicultura ☐			
	Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada			
Grado Escolaridad	Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnica/Tecnológico ☐	No Disponible ☒		
Marque con una 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 ☒				
Resguardo Indígena:	Pueblo Indígena:			
1	0			

DATOS SENSIBLES				
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Dañificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	No Disponible ☒
	Víctima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☐	
Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.		
Heterosexual ☐ 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.		
<p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.</p> <p>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</p> <p>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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulan y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>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.</p> <p>SI ☒ NO ☐</p>				
<p>NATHALIA RA CAMBOA</p>		<p>Jose J. Lizarazo</p>		
FIRMA DEL TRABAJADOR		FIRMA DEL EMPLEADOR		
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR				
SELLO DE RADICADO		DIGITALIZADO POR		
Observaciones:				

1458



**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.

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
 Cambio de Empresa ☐
 Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
 Servicio Doméstico ☐
 Madre Comunitaria ☐
 Taxista ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI ☐ NO ☒

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

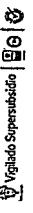
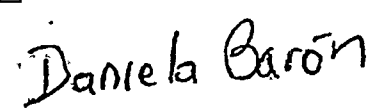
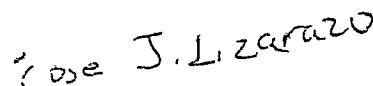
La respuesta (SI) debe anexar Certificado de distinción como Veterano de la Fuerza Pública emitido por el Ministerio de Defensa.

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVERA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselextrosiltda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:		No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo		
		1007207010	2014-01-16	1996-01-11	(Marque con una X)		
CC	X	CE		PPT			
TI		PAS		PEP			
1er Apellido		2do Apellido		Nombres			
BARON		GONZALEZ		KARENTH DANIELA			
Estado Civil:		Fecha de Ingreso:		Salario Base:		Tipo Salario:	
UL. ☐ CAS. ☐ SOL. ☒		2025-11-27		\$ 3000000		Fijo ☐ X Integral ☐ Variable ☐	
(Marque con una X) SEP. ☐ DIV. ☐ VIU. ☐							
Dirección Domicilio:				Barrio:			
Calle 14 03 66							
Ciudad donde Trabaja:		Número Telefónico:		Nacionalidad:			
SARAVERA		3125191544		COLOMBIA			
Correo electrónico del trabajador:				Tipo de contrato: (Marque con una X)		Horas Laboradas en el Mes:	
d.barongonzalez@outlook.com				Fijo ☐ Indefinido ☒			
E.P.S Donde está Afiliado (A):		Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación:		(Marque con una X) 120 ☐ 240 ☒	
nueva eps		ING AMBIENTAL	2143				
Sector Agropecuario:		Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)	Vivienda:	Zona:	Cap. Trabaj.	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).	
(Marque con una X) SI ☐ NO ☒		(Marque con una X) Agricultura ☐ Silvicultura ☐ Ganadería ☐ Pesca ☐ Avicultura ☐ Apicultura ☐	(Marque con una X) Propia ☐ Familiar ☒ Arrendada ☐ Hipoteca ☐	(Marque con una X) Rural ☐ Urbana ☒	(Marque con una X) Normal ☒ Discapac. ☐		
La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.		Anexar certificación por parte de la empresa de la actividad seleccionada					
Grado Escolaridad Marque con una X)		Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnico/Tecnológico ☐ Básica ☐ 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 ☒							
Resguardo Indígena:				Pueblo Indígena:			
1				0			

DATOS SENSIBLES				
Factor Vulnerabilidad: (Marque con una X)	Desplazado. ☐	Dañificado desastre natural ☐	Población Migrante ☐	No Disponible ☐ 
	Víctima del conflicto armado (No desplazado) ☐	Cabeza de Familia ☐	Población zonas fronteras (Nacionales) ☐	
	Desmovilizado o Reinsertado ☐	Hijos (as) de madres cabeza de Familia ☐	Ejercicio del trabajo sexual ☐	
	Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados ☐	En condición de Discapacidad ☐	No Aplica ☒	
Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.		
Heterosexual ☒		Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de su mismo sexo.		
Bisexual ☐		Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige o materializa con personas de ambos sexos.		
Homosexual ☐		Información No Disponible ☐		
<p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.</p> <p>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</p> <p>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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>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.</p> <p>SI ☒ NO ☐</p>				
 FIRMA DEL TRABAJADOR		 FIRMA DEL EMPLEADOR		
PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR				
SELLO DE RADICADO		DIGITALIZADO POR		
Observaciones:				



**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.

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva ☒
 Cambio de Empresa ☐
 Actualización Datos ☐

TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☒
 Servicio Doméstico ☐
 Madre Comunitaria ☐
 Taxista ☐

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

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?

SI ☐ NO ☒

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

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

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:	CONSORCIO ACUEDUCTO AGUA SANTA SARAVERA 2025		
NIT:	Dirección de la Empresa:	Ciudad:	
902011839	CL 15 10 35	SARAVERA	
Departamento:	Correo Electrónico de la Empresa:	Número Telefónico:	
ARAUCA	conselectrosilda2012@hotmail.com	3212859403	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:	No. Identificación	Fecha de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Sexo
CC ☒ CE ☐ PPT ☐	80145147	2002-10-21	1984-01-10	(Marque con una X)
PAS ☐ PEP ☐		Lugar Expedición:	Ciudad de Nacimiento:	H ☐ M ☐ I ☐
		BOGOTA, D.C.	ARAQUITA	X ☐ ☐ ☐

1er Apellido	2do Apellido	Nombres
JEREZ	SERRANO	FONAL FRANCISCO

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

Dirección Domicilio:	Barrio:
VEREDA AGUA SANTA	SARAVERA

Ciudad donde Trabaja:	Número Telefónico:	Nacionalidad:
SARAVERA	3106490974	COLOMBIA

Correo electrónico del trabajador:	Tipo de contrato: (Marque con una X)	Horas Laboradas en el Mes:
fonajerez14@gmail.com	Fijo ☐ Indefinido ☒	(Marque con una X)
		120 ☐ 240 ☒

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. Trabaja.
(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)	(Marque con una X)

SI ☐ NO ☒	Agricultura ☐ Silvicultura ☐	Propia ☐ Familiar ☒	Rural ☐ Normal ☒	120 horas-anexar copia contrato. (Decreto 2616 de 2013).
	Ganadería ☐ Pesca ☐	Arrendada ☐ Hipoteca ☐	Urbana ☒ Discapac. ☐	
	Avicultura ☐ Apicultura ☐			

Grado Escolaridad	Preescolar ☐ Básica Adultos ☐ Técnico/Tecnológico ☐	No Disponible ☐
Marque con una 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 ☐

Resguardo Indígena: 1 Pueblo Indígena: 0

1463

DATOS SENSIBLES

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

Superintendencia

Orientación Sexual: (Marque con una X)		Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual, se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Heterosexual ☐	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) Formo Afirmación del trabajador totalmente diligenciado con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.

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

C) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y 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 sensibles para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, 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 ☐

Fonantusa S.

T. L. L. L. L. L.

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

--	--

Observaciones:

--

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 FONTAL 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 SARAVERA 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.**

Positiva Compañía de Seguros S.A:

☎ 800.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
gotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva,
is información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro
organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**

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.



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.

ငါတို့အား ချမ်းသာစေပါ

**FÓRMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SSSS**

nueva

REC'D BY DISTR. DIV.
15 JUL 2025

1. DATOS DEL TRANSITO

A. TIPO DE TRANSITO: 1. APLICACION, 2. REINTEGRO DE MOVILIDAD, 3. TIPO DE APLICACION: A. APLICACION, B. APLICACION, C. APLICACION, D. APLICACION, E. APLICACION, F. APLICACION, G. APLICACION, H. APLICACION, I. APLICACION, J. APLICACION, K. APLICACION, L. APLICACION, M. APLICACION, N. APLICACION, O. APLICACION, P. APLICACION, Q. APLICACION, R. APLICACION, S. APLICACION, T. APLICACION, U. APLICACION, V. APLICACION, W. APLICACION, X. APLICACION, Y. APLICACION, Z. APLICACION.

B. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (Del beneficiario o titular de la solicitud)

PRIMER APELLIDO: **Jeiret**, SEGUNDO APELLIDO: **Señano**, PRIMER NOMBRE: **Fonal**, SEGUNDO NOMBRE: **Francisco**

C. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **CC**, NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **80145147**

D. DATOS COMPLEMENTARIOS

1. SEXO: **M**, 2. FECHA NACIMIENTO: **10/01/84**, 3. FECHA EXPIRACION: **10/01/14**, 4. TIPO DE APLICACION: **1**, 5. TIPO DE APLICACION: **1**, 6. TIPO DE APLICACION: **1**, 7. TIPO DE APLICACION: **1**, 8. TIPO DE APLICACION: **1**, 9. TIPO DE APLICACION: **1**, 10. TIPO DE APLICACION: **1**, 11. TIPO DE APLICACION: **1**, 12. TIPO DE APLICACION: **1**, 13. TIPO DE APLICACION: **1**, 14. TIPO DE APLICACION: **1**, 15. TIPO DE APLICACION: **1**, 16. TIPO DE APLICACION: **1**, 17. TIPO DE APLICACION: **1**, 18. TIPO DE APLICACION: **1**, 19. TIPO DE APLICACION: **1**, 20. TIPO DE APLICACION: **1**, 21. TIPO DE APLICACION: **1**, 22. TIPO DE APLICACION: **1**, 23. TIPO DE APLICACION: **1**, 24. TIPO DE APLICACION: **1**, 25. TIPO DE APLICACION: **1**, 26. TIPO DE APLICACION: **1**, 27. TIPO DE APLICACION: **1**, 28. TIPO DE APLICACION: **1**, 29. TIPO DE APLICACION: **1**, 30. TIPO DE APLICACION: **1**, 31. TIPO DE APLICACION: **1**, 32. TIPO DE APLICACION: **1**, 33. TIPO DE APLICACION: **1**, 34. TIPO DE APLICACION: **1**, 35. TIPO DE APLICACION: **1**, 36. TIPO DE APLICACION: **1**, 37. TIPO DE APLICACION: **1**, 38. TIPO DE APLICACION: **1**, 39. TIPO DE APLICACION: **1**, 40. TIPO DE APLICACION: **1**, 41. TIPO DE APLICACION: **1**, 42. TIPO DE APLICACION: **1**, 43. TIPO DE APLICACION: **1**, 44. TIPO DE APLICACION: **1**, 45. TIPO DE APLICACION: **1**, 46. TIPO DE APLICACION: **1**, 47. TIPO DE APLICACION: **1**, 48. TIPO DE APLICACION: **1**, 49. TIPO DE APLICACION: **1**, 50. TIPO DE APLICACION: **1**, 51. TIPO DE APLICACION: **1**, 52. TIPO DE APLICACION: **1**, 53. TIPO DE APLICACION: **1**, 54. TIPO DE APLICACION: **1**, 55. TIPO DE APLICACION: **1**, 56. TIPO DE APLICACION: **1**, 57. TIPO DE APLICACION: **1**, 58. TIPO DE APLICACION: **1**, 59. TIPO DE APLICACION: **1**, 60. TIPO DE APLICACION: **1**, 61. TIPO DE APLICACION: **1**, 62. TIPO DE APLICACION: **1**, 63. TIPO DE APLICACION: **1**, 64. TIPO DE APLICACION: **1**, 65. TIPO DE APLICACION: **1**, 66. TIPO DE APLICACION: **1**, 67. TIPO DE APLICACION: **1**, 68. TIPO DE APLICACION: **1**, 69. TIPO DE APLICACION: **1**, 70. TIPO DE APLICACION: **1**, 71. TIPO DE APLICACION: **1**, 72. TIPO DE APLICACION: **1**, 73. TIPO DE APLICACION: **1**, 74. TIPO DE APLICACION: **1**, 75. TIPO DE APLICACION: **1**, 76. TIPO DE APLICACION: **1**, 77. TIPO DE APLICACION: **1**, 78. TIPO DE APLICACION: **1**, 79. TIPO DE APLICACION: **1**, 80. TIPO DE APLICACION: **1**, 81. TIPO DE APLICACION: **1**, 82. TIPO DE APLICACION: **1**, 83. TIPO DE APLICACION: **1**, 84. TIPO DE APLICACION: **1**, 85. TIPO DE APLICACION: **1**, 86. TIPO DE APLICACION: **1**, 87. TIPO DE APLICACION: **1**, 88. TIPO DE APLICACION: **1**, 89. TIPO DE APLICACION: **1**, 90. TIPO DE APLICACION: **1**, 91. TIPO DE APLICACION: **1**, 92. TIPO DE APLICACION: **1**, 93. TIPO DE APLICACION: **1**, 94. TIPO DE APLICACION: **1**, 95. TIPO DE APLICACION: **1**, 96. TIPO DE APLICACION: **1**, 97. TIPO DE APLICACION: **1**, 98. TIPO DE APLICACION: **1**, 99. TIPO DE APLICACION: **1**, 100. TIPO DE APLICACION: **1**, 101. TIPO DE APLICACION: **1**, 102. TIPO DE APLICACION: **1**, 103. TIPO DE APLICACION: **1**, 104. TIPO DE APLICACION: **1**, 105. TIPO DE APLICACION: **1**, 106. TIPO DE APLICACION: **1**, 107. TIPO DE APLICACION: **1**, 108. TIPO DE APLICACION: **1**, 109. TIPO DE APLICACION: **1**, 110. TIPO DE APLICACION: **1**, 111. TIPO DE APLICACION: **1**, 112. TIPO DE APLICACION: **1**, 113. TIPO DE APLICACION: **1**, 114. TIPO DE APLICACION: **1**, 115. TIPO DE APLICACION: **1**, 116. TIPO DE APLICACION: **1**, 117. TIPO DE APLICACION: **1**, 118. TIPO DE APLICACION: **1**, 119. TIPO DE APLICACION: **1**, 120. TIPO DE APLICACION: **1**, 121. TIPO DE APLICACION: **1**, 122. TIPO DE APLICACION: **1**, 123. TIPO DE APLICACION: **1**, 124. TIPO DE APLICACION: **1**, 125. TIPO DE APLICACION: **1**, 126. TIPO DE APLICACION: **1**, 127. TIPO DE APLICACION: **1**, 128. TIPO DE APLICACION: **1**, 129. TIPO DE APLICACION: **1**, 130. TIPO DE APLICACION: **1**, 131. TIPO DE APLICACION: **1**, 132. TIPO DE APLICACION: **1**, 133. TIPO DE APLICACION: **1**, 134. TIPO DE APLICACION: **1**, 135. TIPO DE APLICACION: **1**, 136. TIPO DE APLICACION: **1**, 137. TIPO DE APLICACION: **1**, 138. TIPO DE APLICACION: **1**, 139. TIPO DE APLICACION: **1**, 140. TIPO DE APLICACION: **1**, 141. TIPO DE APLICACION: **1**, 142. TIPO DE APLICACION: **1**, 143. TIPO DE APLICACION: **1**, 144. TIPO DE APLICACION: **1**, 145. TIPO DE APLICACION: **1**, 146. TIPO DE APLICACION: **1**, 147. TIPO DE APLICACION: **1**, 148. TIPO DE APLICACION: **1**, 149. TIPO DE APLICACION: **1**, 150. TIPO DE APLICACION: **1**, 151. TIPO DE APLICACION: **1**, 152. TIPO DE APLICACION: **1**, 153. TIPO DE APLICACION: **1**, 154. TIPO DE APLICACION: **1**, 155. TIPO DE APLICACION: **1**, 156. TIPO DE APLICACION: **1**, 157. TIPO DE APLICACION: **1**, 158. TIPO DE APLICACION: **1**, 159. TIPO DE APLICACION: **1**, 160. TIPO DE APLICACION: **1**, 161. TIPO DE APLICACION: **1**, 162. TIPO DE APLICACION: **1**, 163. TIPO DE APLICACION: **1**, 164. TIPO DE APLICACION: **1**, 165. TIPO DE APLICACION: **1**, 166. TIPO DE APLICACION: **1**, 167. TIPO DE APLICACION: **1**, 168. TIPO DE APLICACION: **1**, 169. TIPO DE APLICACION: **1**, 170. TIPO DE APLICACION: **1**, 171. TIPO DE APLICACION: **1**, 172. TIPO DE APLICACION: **1**, 173. TIPO DE APLICACION: **1**, 174. TIPO DE APLICACION: **1**, 175. TIPO DE APLICACION: **1**, 176. TIPO DE APLICACION: **1**, 177. TIPO DE APLICACION: **1**, 178. TIPO DE APLICACION: **1**, 179. TIPO DE APLICACION: **1**, 180. TIPO DE APLICACION: **1**, 181. TIPO DE APLICACION: **1**, 182. TIPO DE APLICACION: **1**, 183. TIPO DE APLICACION: **1**, 184. TIPO DE APLICACION: **1**, 185. TIPO DE APLICACION: **1**, 186. TIPO DE APLICACION: **1**, 187. TIPO DE APLICACION: **1**, 188. TIPO DE APLICACION: **1**, 189. TIPO DE APLICACION: **1**, 190. TIPO DE APLICACION: **1**, 191. TIPO DE APLICACION: **1**, 192. TIPO DE APLICACION: **1**, 193. TIPO DE APLICACION: **1**, 194. TIPO DE APLICACION: **1**, 195. TIPO DE APLICACION: **1**, 196. TIPO DE APLICACION: **1**, 197. TIPO DE APLICACION: **1**, 198. TIPO DE APLICACION: **1**, 199. TIPO DE APLICACION: **1**, 200. TIPO DE APLICACION: **1**, 201. TIPO DE APLICACION: