



Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN

A. Tipo de Afiliado: Dependiente ☒ Independiente ☐ Madre Comunitaria ☐ Servicio Doméstico ☐
Pensionado ☐ Voluntario ☐ Otro

B. Tipo de Novedad: Nuevo ☒ Reingreso - Reactivación ☐ Adición Beneficiarios ☐

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

1. Tipo de identificación: B C T I C E R C P A S C P E	2. Número de Identidad 1143975560	3. 1er. Apellido VALOY 2do. Apellido MORENO	1er. Nombre BRAYAN 2do. Nombre ELIAS	4. Sexo M X I		
5. Fecha de nacimiento 1994/09/06	6. Fecha expedición doc. Identidad 2013/09/12	7. Departamento expedición doc. Identidad VALLE DEL CAUCA	8. Municipio expedición doc. Identidad CALI - VALLE	9. Nacionalidad COLOMBIA	10. Nivel de Escolaridad Profesión	11. Discapacidad Tipo
Pais de residencia	12. Dirección residencia CR 26 72U 14	Departamento VALLE DEL CAUCA	Municipio / Corregimiento / Vereda CALI - VALLE	Barrio LOS LAGOS	13. Sector Rural Urbano	
14. Teléfono	15. Celular 3207667338	16. Correo Electrónico VRIAN.484@GMAIL.COM	17. Estado civil Soltero X Casado Viudo Unión libre Divorciado Separado			

III. INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

18. Cónyuge Compañero(a)	19. Tipo de identificación: C C T I C E R C P A S C P E	20. Número de Identidad	21. 1er. Apellido 2do. Apellido	1er. Nombre 2do. Nombre	22. Sexo M H I	
23. Fecha inicio relación marital AAAA MM	24. Fecha de nacimiento	25. Fecha de expedición Doc. ID	26. Departamento de expedición Doc. ID	27. Municipio de expedición Doc. ID	28. Nacionalidad	29. Discapacidad Tipo
30. Nivel de Escolaridad Profesión	31. Trabaja SI NO	32. Tipo ID.	33. Número de Nit	Dígito de Verificación	34. Nombre o razón social	35. Sector Rural Urbano
36. Tipo salario Fijo Variable	Salario Básico \$	37. Cargo	38. Jornada Número Horas Mensual	39. Caja de Compensación	40. Recibe Subsidio Monetario SI NO	

IV. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Documento		Nombres completos de beneficiarios		Residencia de beneficiarios		44. Sexo	45. Parentesco	46. Fecha de nacimiento	47. Fecha de expedición Doc. ID	48. Tipo de discapacidad	49. Escolaridad
41. T.I.D	42. Número de ID	43. Primer y Segundo Apellido	Primer y Segundo Nombre	Dirección	Barrio	M H I	Hijo Hija Padre Madre Hermano	Año Mes Día	Año Mes Día	Nivel de Escolaridad	Grado
								AAAA MM DD	AAAA MM DD		
								AAAA MM DD	AAAA MM DD		
								AAAA MM DD	AAAA MM DD		
								AAAA MM DD	AAAA MM DD		
								AAAA MM DD	AAAA MM DD		
								AAAA MM DD	AAAA MM DD		
								AAAA MM DD	AAAA MM DD		
								AAAA MM DD	AAAA MM DD		
								AAAA MM DD	AAAA MM DD		

V. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR, ENTIDAD PENSIONADORA O EMPRESA CONTRATANTE

50. T. ID NI	51. Número NIT 890206051	Dígito Verificación	52. Empresa o entidad pensionadora ORGANIZACION SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.S.	53. Sucursal 3154	54. Sector Rural Urbano
55. Fecha ingreso a la empresa 2021/11/05	56. Fecha pensión	57. Tipo contrato Fijo Indefinido	58. Forma pago subsidio Tarjeta de servicio	Transferencia electrónica Cuenta Bancaria No.	(Anexar certificación bancaria)
59. Tipo salario Fijo X Variable	Salario Básico \$ 1031800	60. Cargo OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS PERSONALES NO CLASIFICADOS EN OTROS GRU	61. % Aportes Fidelidad 0% 0,6% 2%	62. Jornada Número Horas Mensual 240	

VI. OTRO EMPLEADOR

63. T.I.	64. Número NIT	Dígito Verificación	65. Nombre o razón social	66. Sector Rural Urbano	
67. Tipo salario Fijo Variable	Salario Básico \$	68. Cargo	69. Jornada Número Horas Mensual	70. Caja de Compensación	71. Recibe Subsidio Monetario SI NO

VII. INFORMACIÓN EXCLUSIVA TRABAJADOR INDEPENDIENTE - OTRO

72. Actividad económica	73. Valor mensual ingreso	74. EPS	75. % Aportes 0,6% 2%
76. Observaciones			

VIII. DATOS SENSIBLES: (CE 0007 de 2019 SSF)

77. Factor de Vulnerabilidad	78. Orientación sexual	79. Pertenencia Étnica
------------------------------	------------------------	------------------------

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a COMFENALCO VALLE DELAGENTE el tratamiento de mis datos personales (o de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento), para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la corporación ha adaptado. Igualmente declaro haber informado a los titulares pertenecientes a mi grupo familiar que usaré sus datos personales y que cuento con la autorización de los mismos, para las finalidades consignadas en la mencionada Política, publicada en la página web www.comfenalcovalle.com.co, la cual declaro conocer y por ello estar informado de las finalidades de dicho tratamiento al estar en ella consignadas. También declaro que he sido informado para el ejercicio de mis derechos (acceder, conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, etc.), podré dirigirme ante la corporación únicamente a través del correo electrónico servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co, las líneas telefónicas 8862727-018000938585, diligenciando los formatos de los buzones de sugerencias y de manera presencial en las sedes de la corporación o enviando comunicación escrita a la dirección calle 5 # 6-63 en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca). Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como mi imagen, datos de salud, datos biométricos, datos de menor de edad, origen étnico, género, condición de discapacidad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento. Igualmente, autorizo a Comfenalco Valle delagente a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que por este concepto la caja de compensación me haya dispuesto sin tener derecho a él. Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 6). El procedimiento de prescripción lo podrá consultar en la página web <https://www.comfenalcovalle.com.co/>

Firma autorizada y sello de la empresa (si lo tiene)	Bajo la gravedad de juramento declaro que la información que he condensado en el presente formulario es veraz, autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO VALLE DELAGENTE.	Fecha Radicación: 2021-11-09
Firma y C.C. del trabajador	Firma y sello recibido por Comfenalco Valle delagente	