ALCALDÍA DE AGUAZUL
COMUNICACIÓN DE ENTRADA
FECHA: 2023-05-02
HORA: 16:41:35 N° DE FOLIOS: 2
RADICADO: 0429
GENERÓ: ALEJANDRO SÁNCHEZ

Comfenalco Valle delagente

FOR[illegible]AR

NIT. 890.303.093-5

10890000007340 31

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

I. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN

A. Tipo de Afiliado: Dependiente (X) Independiente ( ) Madre Comunitaria ( ) Servicio Doméstico ( ) Pensionado ( ) Voluntario ( ) Otro _____

B. Tipo de Novedad: Nuevo (X) Reingreso - Reactivación ( ) Adición Beneficiarios ( )

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

1. Tipo de identificación:	2. Número de Identidad	3. 1er. Apellido	1er. Nombre	4. Sexo
(CC) TI CE RC PA SC PE	1143975560	VALOY	BRAYAN	M (H) I
		2do. Apellido MORENO	2do. Nombre ELIAS	

5. Fecha de nacimiento	6. Fecha expedición doc. Identidad	7. Departamento expedición doc. Identidad	8. Municipio expedición doc. Identidad	9. Nacionalidad	10. Nivel de Escolaridad / Profesión	11. Discapacidad Tipo
1994/09/06	2013/09/12	VALLE DEL CAUCA	CALI - VALLE	COLOMBIA		

País de residencia	12. Dirección residencia	Departamento	Municipio / Corregimiento / Vereda	Barrio	13. Sector
	CR 26 72U 14	VALLE DEL CAUCA	CALI - VALLE	LOS LAGOS	Rural ( ) Urbano ( )

14. Teléfono	15. Celular	16. Correo Electrónico	17. Estado civil
	3207667338	VRIAN.484@GMAIL.COM	Soltero (X) Casado ( ) Viudo ( ) Unión libre ( ) Divorciado ( ) Separado ( )

III. INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

18. Cónyuge / Compañero(a)	19. Tipo de identificación:	20. Número de Identidad	21. 1er. Apellido / 2do. Apellido	1er. Nombre / 2do. Nombre	22. Sexo
	CC TI CE RC PA SC PE				M H I

23. Fecha inicio relación marital	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
AAAA MM						

30. Nivel de Escolaridad / Profesión	31. Trabaja	32. Tipo ID.	33. Número de Nit	Dígito de Verificación	34. Nombre o razón social	35. Sector
	SI NO					Rural ( ) Urbano ( )

36. Tipo salario	Salario Básico $	37. Cargo	38. Jornada / Número Horas Mensual	39. Caja de Compensación	40. Recibe Subsidio Monetario
Fijo ( ) Variable ( )					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 Discapacidad	49. Escolaridad	
41. T.ID	42. Número de ID	43. Primer y Segundo Apellido	Primer y Segundo Nombre	Dirección	Barrio	M	H	I	Hijo	Hijastro	Padres	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			

V. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR, ENTIDAD PENSIONADORA O EMPRESA CONTRATANTE

50. T. ID	51. Número NIT	Dígito Verificación	52. Empresa o entidad pensionadora	53. Sucursal	54. Sector
NI	890206051		ORGANIZACION SERVICIOS Y ASESORIAS S.A.S.	3154	Rural ( ) Urbano ( )

55. Fecha ingreso a la empresa	56. Fecha pensión	57. Tipo contrato	58. Forma pago subsidio	
2021/11/05		Fijo ( ) Indefinido ( )	Transferencia electrónica ( ) Tarjeta de servicio ( )	Cuenta Bancaria No. / Banco (Anexar certificación bancaria)

59. Tipo salario	Salario Básico $	60. Cargo	61. % Aportes Fidelidad	62. Jornada / Número Horas Mensual
Fijo (X) Variable ( )	1031800	OTROS TRABAJADORES DE SERVICIOS PERSONALES NO CLASIFICADOS EN OTROS GRU	0% 0,6% 2%	240

VI. OTRO EMPLEADOR

63. T.I.	64. Número NIT	Dígito Verificación	65. Nombre o razón social	66. Sector
				Rural ( ) Urbano ( )

67. Tipo salario	Salario Básico $	68. Cargo	69. Jornada / Número Horas Mensual	70. Caja de Compensación	71. Recibe Subsidio Monetario
Fijo ( ) Variable ( )					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 declaroque he sido informado que 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. Firma y C.C. del trabajador	Fecha Radicacion: 2021-11-09 Firma y sello recibido por Comfenalco Valle delagente

Edición: Mercadeo institucional Comfenalco Valle delagente - Noviembre de 2019 - ADBSIRES301

VIGILADO SuperSubsidio