



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-02-15, 01:34:02 PM Tipo Planilla E Número Planilla 1061469746
Periodo Cotización 202401 Periodo Servicio 202402
Cliente:

PAGADA 2024-02-15

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LOGISTIKA A TU MEDIDA SAS						
Documento	NI 901668253			Dirección	AV. CARRERA 2G #68 - 03		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR			Teléfono	6023481714		
Tipo Persona	JURÍDICA			Forma Presentación	SUCURSAL	Total Afiliados	44
Ciudad	CALI			Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal	ORTEGA MORILLO BENJAMIN DE JESUS			Identificación	CC 14963653		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 38563621		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					VILLANUEVA ANACONAS PAOLA	88001000 - 88		SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales							
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Dias AFP	Dias EPS	Dias ARL	Dias CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF
X															0	1	30	30	30			F	\$ 1.300.000	230301	16 %	\$43.334	\$ 7.000	\$ 0	\$ 0	EPS012	4 %	\$ 1.300.000	\$ 52.000	\$ 0	14-11	4	4,350 %	\$ 1.300.000	\$ 56.600	CCF64	4 %	\$ 1	\$ 100	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMFENALCO VALLE EPS	ARL SURA	CAJASAI	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 7.000	\$ 0	\$ 0	\$ 52.000	\$ 56.600	\$ 100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



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 ☐ Veterano de las Fuerzas Armadas ☐ Otro ☐

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

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

1. Tipo de identificación: CC TI CE RC PA SC PE PT		2. Número de Identidad 1118295269		3. 1er. Apellido AVENDAÑO 2do. Apellido PEREZ		1er. Nombre LEONARDO 2do. Nombre ANTONIO		4. Genero M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
5. Fecha de nacimiento 1991 2M 6D	6. Fecha expedición doc. Identidad 2009 2M 10D	7. Departamento expedición doc. Identidad VALLE DEL CAUCA	8. Municipio expedición doc. Identidad YUMBO - VALLE	9. Nacionalidad COLOMBIA	10. Nivel de Escolaridad Profesión		11. Discapacidad Tipo			
País de residencia		12. Dirección residencia CR 1 A 15 A 30		Departamento VALLE DEL CAUCA		Municipio / Corregimiento / Vereda YUMBO - VALLE		Barrio FRAY PEÑA		13. Sector Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>
14. Teléfono		15. Celular 3224939454		16. Correo Electrónico JUANK102475@GMAIL.COM			17. Estado civil Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>			

III. INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

18. Cónyuge Compañero(a)		19. Tipo de identificación: CC TI CE RC PA SC PE PT		20. Número de Identidad		21. 1er. Apellido 2do. Apellido		1er. Nombre 2do. Nombre		22. Genero M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>			
23. Fecha inicio relación marital AAAA MM		24. Fecha de nacimiento AAAA MM DD		25. Fecha de expedición Doc. ID AAAA MM DD		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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		32. Tipo ID.		33. Número de Nit		34. Nombre o razón social		35. Sector Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>			
36. Tipo salario Fijo <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/>		Salario Básico \$		37. Cargo		38. Jornada Número Horas Mensual		39. Caja de Compensación		40. Recibe Subsidio Monetario SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

IV. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Documento		Nombres completos de beneficiarios		Residencia de beneficiarios		44. Genero			45. Parentesco	46. Fecha de nacimiento			47. Fecha de expedición Doc. ID			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		
										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 CC		51. Número NIT 4345559		52. Empresa o entidad pensionadora SANCHEZ VALENCIA JUAN CARLOS		53. Sucursal 64490		54. Sector Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>			
55. Fecha ingreso a la empresa 2024 2M 9D		56. Fecha pensión AAAA MM DD		57. Tipo contrato Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>		58. Forma pago subsidio Kupi <input checked="" type="checkbox"/>		1. Depósito electrónico a través de Celular: Billetera Delagente(Cobre) <input type="checkbox"/> Número de cuenta: (adjunte certificado bancario)		2. Transferencia electrónica a cuenta Tipo de cuenta: Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Banco: <input type="checkbox"/>	
59. Tipo salario Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/>		Salario Básico \$ 1300000		60. Cargo CONDUCTORES DE BUSES, MICROBUSES Y TRANVÍAS		61. % Aportes 0% <input type="checkbox"/> 0,6% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> Fidelidad <input type="checkbox"/>		62. Jornada Número Horas Mensual 240			

VI. OTRO EMPLEADOR

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

VII. INFORMACIÓN EXCLUSIVA TRABAJADOR INDEPENDIENTE - OTRO

72. Actividad económica		73. Valor mensual ingreso		74. EPS		75. % Aportes 0% <input type="checkbox"/> 0,6% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/>	
-------------------------	--	---------------------------	--	---------	--	--	--

76. Observaciones

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

77. Factor de Vulnerabilidad 78. Orientación de genero 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 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.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Comfenalco Valle Delagente a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a el, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

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/>

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: 2024-02-09	
Firma autorizada y sello de la empresa (si lo tiene)		Firma y C.C. del trabajador	
Firma y sello recibido por Comfenalco Valle Delagente			