

Medellín, 13 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de SANCHEZ VALENCIA JUAN CARLOS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001	PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA				Clase: 4	Porcentaje Cotización: 4.35 %
C16728430	BAHOZ SILVA JAIDER	14/02/2024		13623824	DEPENDIENTE	POR INICIAR
null						

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/02/2024 10:28:15.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.111.219.188, 192.230.104.11, 172.16.42.57

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

A. Tipo de Afiliado: <input checked="" type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Madre Comunitaria <input type="checkbox"/> Servicio Doméstico <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Veterano de las Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Otro _____										B. Tipo de Novedad: <input type="checkbox"/> Nuevo <input checked="" type="checkbox"/> Reingreso - Reactivación <input type="checkbox"/> Adición Beneficiarios														
II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR										III. INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE														
1. Tipo de identificación: <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT 1966 4 19					2. Número de Identidad 16728430					3. 1er. Apellido BAHOS 2do. Apellido SILVA					1er. Nombre JAIDER 2do. Nombre					4. Genero <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I				
5. Fecha de nacimiento 1966 4 19		6. Fecha expedición doc. Identidad 1984 10 31			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							
País de residencia CL 64 10B 38		12. Dirección residencia Departamento VALLE DEL CAUCA			Municipio / Corregimiento / Vereda CALI - VALLE			Barrio URBANIZACION LA NUEVA BAS			13. Sector <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano													
14. Teléfono 3163203253		15. Celular BAHOZJAIDER@GMAIL.COM			16. Correo Electrónico			17. Estado civil <input checked="" type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado																
18. Cónyuge Compañero(a) <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT		19. Tipo de identificación: AAAA MM DD			20. Número de Identidad AAAA MM DD			21. 1er. Apellido 2do. Apellido			1er. Nombre 2do. Nombre			22. Genero <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I										
23. Fecha inicio relación marital AAAA MM DD		24. Fecha de nacimiento AAAA MM DD			25. Fecha de expedición Doc. ID AAAA MM DD			26. Departamento de expedición Doc. ID AAAA MM DD			27. Municipio de expedición Doc. ID AAAA MM DD			28. Nacionalidad AAAA MM DD			29. Discapacidad Tipo AAAA MM DD							
30. Nivel de Escolaridad Profesión		31. Trabaja <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			32. Tipo ID. AAAA MM DD			33. Número de Nit AAAA MM DD			Dígito de Verificación AAAA MM DD			34. Nombre o razón social AAAA MM DD			35. Sector <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano							
36. Tipo salario <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Variable		Salario Básico \$ 1300000			37. Cargo CONDUCTORES DE BUSES, MICROBUSES Y TRANVÍAS			38. Jornada Número Horas Mensual 240			39. Caja de Compensación			40. Recibe Subsidio Monetario <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO										
IV. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR										V. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR, ENTIDAD PENSIONADORA O EMPRESA CONTRATANTE														
41. T.I.D CC		42. Número de ID 4345559		43. Primer y Segundo Apellido SANCHEZ VALENCIA JUAN CARLOS		44. Residencia de beneficiarios Dirección		45. Genero <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> I		46. Parentesco <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastra <input type="checkbox"/> Padrés <input type="checkbox"/> Hermano		47. Fecha de expedición Doc. ID AAAA MM DD		48. Fecha de nacimiento AAAA MM DD		49. Discapacidad AAAA MM DD		50. Nivel de Escalidad AAAA MM DD						
51. Número NIT CC		52. Dígito Verificación 4345559		52. Empresa o entidad pensionadora SANCHEZ VALENCIA JUAN CARLOS		53. Sucursal 64490		54. Sector <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano																
55. Fecha ingreso a la empresa 2024 2 13		56. Fecha pensión AAAA MM DD		57. Tipo contrato <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Indefinido		58. Forma pago subsidio Kupi		59. 1. Déposito electrónico a través de Celular: Billetera Delagente(Cobre)		60. 2. Transferencia electrónica a cuenta: Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorros <input checked="" type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Banco: Número de cuenta: _____		61. (adjunte certificado bancario)												
59. Tipo salario <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Variable		Salario Básico \$ 1300000		60. Cargo CONDUCTORES DE BUSES, MICROBUSES Y TRANVÍAS		61. % Aportes 0% 0,6% 2%		62. Jornada Número Horas Mensual 240																
VI. OTRO EMPLEADOR										VII. INFORMACIÓN EXCLUSIVA TRABAJADOR INDEPENDIENTE - OTRO														
63. T.I. CC		64. Número NIT 4345559		65. Dígito Verificación 4345559		66. Nombre o razón social CONDUCTORES DE BUSES, MICROBUSES Y TRANVÍAS		67. 66. Sector <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano																
67. Tipo salario <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Variable		Salario Básico \$ 1300000		68. Cargo CONDUCTORES DE BUSES, MICROBUSES Y TRANVÍAS		69. Jornada Número Horas Mensual 240		70. Caja de Compensación 71. Recibe Subsidio Monetario <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO																
72. Actividad económica AFILIACION		73. Valor mensual ingreso 74. EPS		75. % Aportes 0% 0,6% 2%																				
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 inequivoca 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 suministrados, 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 8862727-018009038585, diligenciendo 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/																								
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 Radicacion: 2024-02-13														
Firma y C.C. del trabajador					Firma y sello recibido por Comfenalco Valle Delagente																			
Firma autorizada y sello de la empresa (si lo tiene)																								
Firma y C.C. del trabajador																								
Firma y sello recibido por Comfenalco Valle Delagente																								