

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

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 16728430		3. 1er. Apellido BAHOS 2do. Apellido SILVA		1er. Nombre JAIDER 2do. Nombre		4. Genero M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
5. Fecha de nacimiento 1966 4M 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		12. Dirección residencia CL 64 10B 38		Departamento VALLE DEL CAUCA		Municipio / Corregimiento / Vereda CALI - VALLE		Barrio URBANIZACION LA NUEVA BAS		13. Sector Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>			
14. Teléfono		15. Celular 3163203253		16. Correo Electrónico BAHOZJAIDER@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 NO		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			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	Padro	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			

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 13		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 240		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 usará 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 y 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/>

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: 2024-02-13	
Firma y C.C. del trabajador		Firma y sello recibido por Comfenalco Valle Delagente			