

Medellín, 10 de marzo de 2022

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 PROYECTOS DE INGENIERIA S.A PROING S.A que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 000000005 PROYECTOS DE INGENIERIA S.A			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C1130618187 CORTES MONTILLA DIEGO ARMANDO		11/03/2022		45200516	DEPENDIENTE

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 10/03/2022 18:51:09.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

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

Dirección IP: 204.199.101.170, 192.230.104.6, 172.16.42.57



**República de Colombia
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
FORMULARIO ÚNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Novedad <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código a registrar por la EPS

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Cortes	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número de documento de identidad 1130 618 187	9. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 23 02 1918 18
----------------------------------	---	---	---	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sora.	16. Administradora de Pensiones Porvenir	17. Ingreso base de cotización -IBC 1.250.000.	
18. Residencia Cra 35 Diagonal #27-83. 1	Telefono fijo 3205211271	E-mail legodircorte@gmail.com	
Colombia	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	conquistadores	valle del cauca.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento	21. Número de documento de identidad	22. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres B1 Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B2 Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B3 Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B4 Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B5 Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	28. Fecha de Nacimiento D D M M A A A A
B1		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A
B2		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A
B3		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A
B4		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A
B5		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M	Condición T P
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud -IPS C Comfandi el prado	Código de la IPS (a registrar por la EPS) 06
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social Proyectos de ingeniería S.A	36. Tipo de documento de Identificación Nit	37. Número de Identificación 800093320	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación cra 31 #10-321. 16544436	correo electrónico: Yomso@comfandi.com.co		

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

40. Tipo de Novedad

<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de Identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de Identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
<input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	



VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de Identificación		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de Documento de Identidad		Número de documento de Identidad		Sexo		Fecha de nacimiento			
<input type="text"/>				F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	11 10 31 20 21			
42. Fecha	D D M M A A A A	43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones			

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input checked="" type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
<input checked="" type="checkbox"/> 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
<input checked="" type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución prestadora de servicios de salud.
<input checked="" type="checkbox"/> 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
<input checked="" type="checkbox"/> 51. Autorización para que la EPS reporte información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
<input checked="" type="checkbox"/> 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
<input checked="" type="checkbox"/> 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

PROINS S.A.

NIT. 800.093.320-2

VIII. FIRMAS

Cortés Montilla Diego Armando. 54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario	Valentina Giraldo. 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
---	--

IX. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
<input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
<input type="checkbox"/> 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
<input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
<input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
<input type="checkbox"/> 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
<input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la superintendencia nacional de salud.
<input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del departamento <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación D D M M A A A A
--	--	------------------------------	----------------------------	--

69. Fecha de Validación D D M M A A A A
--

70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido <input type="text"/> Segundo apellido <input type="text"/> Tipo documento de Identidad <input type="text"/> Número del documento de Identidad <input type="text"/> 71. Firma del funcionario
--

OBSERVACIONES:

FIRC 006

ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S

Inicio vigencia del afiliado	11032022	Código Asesor	1400	Sucursal	001	Ciudad/Municipio	Cali-valle
------------------------------	----------	---------------	------	----------	-----	------------------	------------

Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de Grupo Familiar

Fecha de ingreso a la EPS anterior	D B M M A A A A	Fecha de retiro a la EPS anterior	D D M M A A A A
------------------------------------	-----------------	-----------------------------------	-----------------

Información de Beneficiarios y Adicionales

Beneficiario Adicional	Fecha de Afiliación al Sistema	Entidad Anterior de Prevención Repartición social en el momento de la EPS	Código de EPS Anterior	Fecha de ingreso a la EPS anterior	Fecha de retiro a la EPS anterior	Correo Electrónico	Pantalla Sistén
				AAAA	MM	DD	AAAA
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realiza a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o la publicada en la página web:

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, clara, expresa e informada para dar y/o continuar dando tratamiento a la información relacionada con mis datos personales y los de mis beneficiarios (en caso de afiliaciones PBS). Esta información existe en la base de datos de la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA, quien actúa como responsable del tratamiento de mis datos con la debida confidencialidad, seguridad, legalidad y transparencia en los términos y condiciones señalados en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en armonía con su política de tratamiento de datos personales. La información, datos personales, datos privados, datos sensibles y datos públicos suministrados a EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A podrán ser recolectados, almacenados, procesados, usados, suprimidos, actualizados y transmitidos mediante los canales de comunicación previstos por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A (físicos, digitales, medios magnéticos, aplicativos tecnológicos y otros) para las siguientes finalidades: a) Aseguramiento del riesgo en salud que incorpora la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o tratamiento paliativo de las situaciones de salud que se presenten. b) El suministro y transmisión de información relacionada con el aseguramiento de los riesgos en salud a la red prestadora de servicios de salud (IPS) definida por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A c) Generar mecanismos de comunicación a través de los diferentes canales que dispone la entidad, para mi acceso a los programas de educación, información y recordación tendientes a contribuir a restablecer y mantener mi condición de bienestar en salud, en conjunto con las IPS. d) Envío de información comercial relacionada con nuevos productos de salud ofrecidos como asegurador. e) Invitaciones a participación de eventos en salud, programas de promoción y preventión. f) Encuestas de satisfacción del servicio; encuestas de nuevos productos. g) Envío de publicaciones y folletos para programas y campañas de salud u ofertas comerciales en salud mediante correo electrónico, físico o mensajes de texto. h) Realización de actualización de datos.

Los datos sensibles que serán tratados por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A corresponden a datos de salud.

De acuerdo al Artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, usted tiene los siguientes derechos: 1) Conocer, actualizar, rectificar y suprimir los datos suministrados, 2) Solicitar prueba de autorización, conocer los usos que se han hecho de la información suministrada, cuando así lo solicite el titular, 3) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato suministrado cuando en el tratamiento realizado no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales a favor del titular o en el momento que lo deseé, 4) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento, 5) Consultar la Política de Tratamiento de Datos personales a través de la página web www.sos.som.co El titular de la información suministrada podrá ejercer cualquiera de los derechos mencionados, dirigiendo una petición en este sentido a la dirección electrónica defensor del usuario@sos.com.co o protección de datos@sos.com.co o a la línea telefónica 018000938777.

La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma libre, voluntaria y es verídica. Así mismo, expresó que entiendo los alcances que tiene esta autorización.

SI NO

Firma del Cotizante

Carlos martínez diego Armando.

C.C. N°: 130.618.187

Declaración de Convivencia

Nosotros

Identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.

Firma del Cotizante
C.C N°:

Firma del Compañero(a)
C.C N°:



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIEGO ARMANDO CORTES MONTILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.130.618.187**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Marzo del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA
COMFENALCO VALLE DEL AGENTE
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT. 890.303.093-5**



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

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

1. Tipo de Identificación: ED TI CE RC PA SC PE		2. Número de identidad 1130618187		3. 1er. Apellido CORTES 2do. Apellido MONTILLA		4. Sexo M H I	
5. Fecha de nacimiento 1988/02/23		6. Fecha expedición doc. Identidad 2006/05/10		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			
12. Dirección residencia DG 29 B 27 83		Departamento VALLE DEL CAUCA		Municipio / Corregimiento / Vereda CALI - VALLE		Barrio LOS CONQUISTADORES	
13. Sector Rural						Urbano	
14. Teléfono 6026544436		15. Celular 3157302968		16. Correo Electrónico EGODYCORTES@GMAIL.COM		17. Estado civil Soltero X	
						Casado	
						Viudo	
						Unión libre X	
						Divorciado	
						Separado	

III. INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

18. Cónyuge Compañero(a)	19. Tipo de identificación: CC TI CE FC PA SC FE	20. Número de Identidad	21. 1er. Apellido 2do. Apellido	1er. Nombre 2do. Nombre	22. Sexo M H I	
23. Fecha inicio relación marital MM DD	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. Trabajo Sí No	32. Tipo ID.	33. Número de Nit	Dato de Verificación	34. Nombre o razón social	35. Sector Rural Urbano
36. Tipo salario Efectivo Verdeadero	Salario Básico \$	37. Cargo	38. Jornada Mañana Noche Manana	39. Caja de Compensación	40. Recibe Subsidio Monetario Sí No	

IV. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

V. INFORMACIÓN DEL ENVIADOR, ENTIDAD PENSIONADORA O EMPRESA CONTRATANTE

V. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR, ENTIDAD PENSIONADORA O ENTIDAD CONTRATANTE						
50. T. ID NI	51. Número NIT 800093320	Dígito Verificación X	52. Empresa o entidad pensionadora PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.POING	53. Sucursal 1090	54. Sector Rural	Urbano
55. Fecha ingreso a la empresa 2022/02/11	56. Fecha pensión 	57. Tipo contrato Fijo	58. Forma pago subsidio Transferencia electrónica	Cuenta Bancaria No. Paseo	Número identificación bancaria 00000000000000000000000000000000	

Hijo	Individuo	Tarjeta de visita	Código
22. Pato			

59. Tipo salario Salario Básico \$ 1250000
60. Cargo ELECTRICISTAS DE OBRAS Y AFINES
61. % Aportes Fijos/total 0% 0.8% 2%
62. Jornada Horas Trabajadas Mensual 240

VI. OTRO EMPLEADO

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

Cargo 69. Jornada 70.

VII. INFORMACIÓN EXCLUSIVA TRABAJADOR INDEPENDIENTE - OTRO

Digitized by srujanika@gmail.com

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

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a **COMFENALCO VALLE DEL AGENTE** 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 adoptado. Igualmente declaro haber informado a los titulares pertenecientes a mi familia 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 informado que para el ejercicio de mis derechos (acceder, conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, etc.), podrá dirigirme ante la corporación únicamente a través del correo electrónico servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co, las líneas telefónicas 8862727-01800938565, 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 través del apartado mi perfil en la página web www.comfenalcovalle.com.co.

Igualmente, autorizo a Comfenalco Valle delegante a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que por este concepto la caja de compensación me haya dispuesto sin tener que presentar la documentación correspondiente.

El procedimiento de prescripción lo podrá consultar en la página web <https://www.comfenalcovalle.com.co/>