

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: 0000000005 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 UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE		No. De Radicación	Fecha de Radicación
			11/03/2022
1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Novedad <input checked="" type="checkbox"/>	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"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código a registrar por la EPS	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres			
Cortes Montilla Diego Armando			
7. Tipo de documento de Identidad	8. Número de documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CCC	1.130.618.187	F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	23/02/1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC	
Sora	Parvenir	1.250.000	
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Correo electrónico	
C/ 35 Original #27-83	320 5211 271	egodycortes@gmail.com	
21. Zona	22. Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	23. Conquistadores	
Cal		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	23. Fecha de nacimiento
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	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	28. Fecha de Nacimiento
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	Condición
		Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento	34. Teléfono fijo y/o celular	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS		06
C	Comfandi el prado	
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	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Proyectos de Ingeniería S.A	NIT	800093320	
39. Ubicación	40. Correo electrónico		
cra 31 #10-321. 6544436	Yumbo valle del cauca		

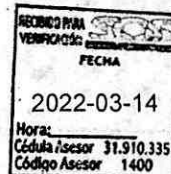


## B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

40. Tipo de Novedad

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



### VI. 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 <input type="text"/>		Número de documento de Identidad <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha <input type="text"/>		43. EPS anterior <input type="text"/>	44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>
42. Fecha <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones <input type="text"/>	

### VII. 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 o los datos que se le previno 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.	<div style="text-align: center;"> <b>IMPROING S.A.</b>  <b>NIT. 600.033.320-2</b> </div>
---	--

### VIII. FIRMAS

Cortes 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="text"/> Total: <input type="text"/> <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"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación <input type="text"/>
69. Fecha de Validación <input type="text"/>				
70. Datos del funcionario que realiza la validación				
Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>	
Tipo documento de Identidad <input type="text"/>	Número del documento de Identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario <input type="text"/>		

### OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

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	1	1	0	3	2	0	2	A	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	D	M	M	A	A	A	Fecha de retiro a la EPS anterior	D	D	M	M	A	A	A
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

Información de Beneficiarios y Adicionales

Beneficiario Adicional	E. de Afiliación Sistema			E. de Afiliación Precedente	Código de EPS Anterior	Fecha de Ingreso a EPS Anterior			Fecha de retiro a EPS Anterior			Corte Electrónico	Pantalla Sísben
	AAAA	MM	DD			AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
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 realice 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:

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?	SI	NO
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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 S.O.S S.A, 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 el 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 prevención. 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 desee, 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.com.co](http://www.sos.com.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](mailto: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, expresé que entiendo los alcances que tiene esta autorización.

SI ☒ NO ☐

Firma del Cotizante: Cortes Montilla Diego Armando.  
C.C.N°: 1.136.618.187.

**Declaración de Convivencia**  
Nosotros \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
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.



## I. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN

B. Tipo de Novedad:

Nuevo ☐ Reingreso - Reactivación ☒ X Adición Beneficiarios ☐

## II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

1. Tipo de identificación: CC TI CE RC PA SC PE		2. Número de identidad 1130618187		3. 1er. Apellido CORTES 2do. Apellido MONTILLA		1er. Nombre DIEGO 2do. Nombre ARMANDO		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	
País de residencia		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 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 RC 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	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 SI NO	32. Tipo ID.	33. Número de Nit	34. Nombre o razón social
35. Sector Rural Urbano	36. Tipo salario Fijo Variable	Salario Básico \$	37. Cargo	38. Jornada Número Horas Mensual	39. Caja de Compensación
40. Recibe Subsidio Monetario SI NO					

#### IV. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

[illegible]

#### V. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR, ENTIDAD PENSIONADORA O EMPRESA CONTRATANTE

50. T. ID NI	51. Número NIT 800093320	Dígito Verificación	52. Empresa o entidad pensionadora PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.PROING	53. Sucursal 1090	54. Sector Rural Urbano
55. Fecha ingreso a la empresa 2022/03/11	56. Fecha pensión	57. Tipo contrato Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Indefinido	58. Forma pago subsidio Tarjeta de servicio Banco	Transferencia electrónica Cuenta Bancaria No. (Anexar certificación bancaria)	
59. Tipo salario Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Variable	Salario Básico \$ 1250000	60. Cargo ELECTRICISTAS DE OBRAS Y AFINES	61. % Aportes Fidelidad 0% 0.6% 2%	62. Jornada Máximo Horas Mensual 240	

## VI. OTRO EMPLEADOR

63. T.I.	64. Número NIT	65. Nombre o razón social	66. Sector
			Rural Urbano
67. Tipo salario	Salario Básico \$	68. Cargo	69. Jornada
Fijo Variable			Número Horas Mensual
			70. Caja de Compensación
			71. Recibe Subsidio Monetario
			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
------------------------------	------------------------	------------------------

Por mi firma que aparece dentro del presente documento, manifiesto, expresa, inequívoca y voluntariamente a COMFENALCO VALLE DELAGUATE 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](http://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 para 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](mailto:servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co), las líneas telefónicas 8862727-0180009383685, 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 Sanilío de Cali (Valle del Cauca). Asimismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerse 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 que me opongo. Igualmente, autorizo a Comfenalco Valle delaguate 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 1982 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  
CONFENALCO VALLE DEL AGENTE.

Fecha Radicacion: 2022-03-14