

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		3. 1er. Apellido 2do. Apellido		1er. Nombre 2do. Nombre		4. Genero M H I	
5. Fecha de nacimiento AAAA MM DD		6. Fecha expedición doc. Identidad AAAA MM DD		7. Departamento expedición doc. Identidad		8. Municipio expedición doc. Identidad		9. Nacionalidad	
10. Nivel de Escolaridad Profesión		11. Discapacidad Tipo		12. Dirección residencia Departamento Municipio / Corregimiento / Vereda Barrio		13. Sector Rural <input type="radio"/> Urbano <input type="radio"/>			
14. Teléfono		15. Celular		16. Correo Electrónico		17. Estado civil Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/>			

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 H I	
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="radio"/> Urbano <input type="radio"/>		36. Tipo salario Salario Básico \$ Fijo <input type="radio"/> Variable <input type="radio"/>		37. Cargo		38. Jornada Número Horas Mensual		39. Caja de Compensación		40. Recibe Subsidio Monetario SI NO	

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.I.D	42. Número de ID	43. Primer y Segundo Apellido	Primer y Segundo Nombre		Dirección	Barrio	M	H	I	Hijo	Padastro	Padrino	Hermano	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	48. Tipo Discapacidad	Nivel de Escolaridad	Grado	

V. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR, ENTIDAD PENSIONADORA O EMPRESA CONTRATANTE

50. T. ID		51. Número NIT		52. Empresa o entidad pensionadora		53. Sucursal		54. Sector Rural <input type="radio"/> Urbano <input type="radio"/>	
55. Fecha ingreso a la empresa AAAA MM DD		56. Fecha pensión AAAA MM DD		57. Tipo contrato Fijo <input type="radio"/> Indefinido <input type="radio"/>		58. Forma pago subsidio		1. Déposito electrónico a través de Celular: Billetera Delagente(Cobre) <input type="radio"/> Kupi <input type="radio"/>	
59. Tipo salario Fijo <input type="radio"/> Variable <input type="radio"/>		Salario Básico \$		60. Cargo		61. % Aportes 0% <input type="radio"/> 0,6% <input type="radio"/> 2% <input type="radio"/>		2. Transferencia electrónica a cuenta Tipo de cuenta: Ahorros <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/> Banco: _____ Número de cuenta: _____ (adjunte certificado bancario)	
62. Jornada Número Horas Mensual		63. Fidelity		64. Sector Rural <input type="radio"/> Urbano <input type="radio"/>		65. Observaciones			

VI. OTRO EMPLEADOR

63. T.I.		64. Número NIT		65. Nombre o razón social		66. Sector Rural <input type="radio"/> Urbano <input type="radio"/>	
67. Tipo salario Fijo <input type="radio"/> Variable <input type="radio"/>		Salario Básico \$		68. Cargo		69. Jornada 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% <input type="radio"/> 0,6% <input type="radio"/> 2% <input type="radio"/>	
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 él, 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.		Firma y sello recibido por Comfenalco Valle Delagente	
--	--	--	--	---	--