

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  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		2. Número de Identidad		3. 1er. Apellido 2do. Apellido		1er. Nombre 2do. Nombre		4. Sexo 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	
País de residencia		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		20. Número de Identidad		21. 1er. Apellido 2do. Apellido		1er. Nombre 2do. Nombre		22. Sexo 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		Digito de Verificación		34. Nombre o razón social			35. Sector Rural <input type="radio"/> Urbano <input type="radio"/>	
36. Tipo salario Fijo <input type="radio"/> Variable <input type="radio"/>		Salario Básico \$		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. Sexo			45. Parentesco			46. Fecha de nacimiento			47. Fecha de expedición Doc. ID			49. Escolaridad		
41. T.ID	42. Número de ID	43. Primer y Segundo Apellido	Primer y Segundo Nombre	Dirección	Barrio	M	H	I	Hijo	Hijado	Padres	Hermano	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Nivel de Escolaridad	Grado

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

50. T. ID		51. Número NIT		Digito Verificación		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 Tarjeta de servicio <input type="radio"/> Banco <input type="radio"/>		Transferencia electrónica <input type="radio"/>		Cuenta Bancaria No. _____ (Anexar certificación bancaria)			
59. Tipo salario Fijo <input type="radio"/> Variable <input type="radio"/>		Salario Básico \$		60. Cargo				61. % Aportes Fidelidad 0% <input type="radio"/> 0,6% <input type="radio"/> 2% <input type="radio"/>		62. Jornada Número Horas Mensual			

**VI. OTRO EMPLEADOR**

63. T.I.		64. Número NIT		Digito Verificación		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 0,6% <input type="radio"/> 2% <input type="radio"/>			
76. Observaciones									

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

77. Factor de Vulnerabilidad		78. Orientación sexual		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](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 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 8862727-01800938585, 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.

Igualmente, autorizo a Comfenalco Valle delagente 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 1.982 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 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