REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1149771	
RAZON SOCIAL	YUNEX S.A.S.	
IDENTIFICACION:	NI 901191622	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
92822324	2023-5-23	CC 79115733
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
CAMPIÑO ARAUJO	PABLO ROBERTO	1960-3-30
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CLL 151 N 55- 37	Bogota	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA D.C. - Bogota D. C.	pcampodr@outlook.com	5259931
Celular	**Sexo**	
3053156388	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
Specialist Engineer	$6,500,000.00	E.P.S. Sanitas S.A.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Colpensiones	MOBILITY NUEVO RIESGO 3	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
2.436	3	28
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	Dependiente Pensionado Por Vejez Activo	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2023-5-23	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

SuAporte | CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha creación: 2023-06-05, 11:10:32 a. m. **Tipo Planilla:** E **Número Planilla:** 63449609

Periodo Cotización: 202305 **Periodo Servicio:** 202306

PAGADA 2023-05-30 00:00:00.0

Se certifica que en la fecha 30/05/2023, la empresa YUNEX SAS, con documento de identificación NI901191622, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado CAMPIÑO ARAUJO PABLO ROBERTO, con CC 79115733, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N800226175	14-25	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES
EPS	N800251440	EPS005	EPS SANITAS
CCF	N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

174211379

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite — A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [Y]

2. Tipo de Afiliación — A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [Y] B. Colectiva [ ] D. De Oficio [ ] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. Régimen — A. Contributivo [Y] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado — A. Cotizante [Y] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de Cotizante — A. Dependiente [Y] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CAMPIÑO	ANAUJO	PABLO	ROBERTO

7. Tipo de documento de identidad — CN [ ] TI [ ] CE [ ] CD [ ] RC [ ] CC [Y] PA [ ] SC [ ]

8. Número del documento de identidad — 79115733

9. Sexo — Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento — D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

16. Administradora de Pensiones — COLDENSIONES

17. Ingreso base de cotización - IBC — 6500000

18. Residencia

Dirección: Cll 127 A 7-12

Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3059156388

Correo Electrónico: pcampoar@outlook.com

Municipio / Distrito: BOGOTÁ DC

Zona — Urbana [X] Rural [ ]

Localidad / Comuna

Departamento: CUNDINAMARCA

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 de identidad — CN [ ] TI [ ] CE [ ] CD [ ] RC [ ] CC [ ] PA [ ] SC [ ]

21. Número del documento de identidad

22. Sexo — Femenino [ ] Masculino [ ]

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

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	
B2			Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	
B3			Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	
B4			Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	
B5			Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo (F N M)	Condición (T P)	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona (Urbana Rural)	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]		Urbana [ ] Rural [ ]			
B2		F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]		Urbana [ ] Rural [ ]			
B3		F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]		Urbana [ ] Rural [ ]			
B4		F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]		Urbana [ ] Rural [ ]			
B5		F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]		Urbana [ ] Rural [ ]			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

KPRATA

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

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 documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
YUNEX SAS	NIT [X] TI [ ] CE [ ] CC [ ] PA [ ] CD [ ]	901191622	

39. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 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: CN [ ] TI [ ] CE [ ] CD [ ] RC [ ] CC [ ] PA [ ] SC [ ]

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: 23 05 2023

43. EPS anterior: SANITAS

44. Motivo de traslado Código [ ]

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 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.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Pablo Campiño

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] TOTAL [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 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.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 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.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 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.

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
Recibido por
Fecha 25/05/2023

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento | Número de documento de identidad | **71. Firma del Funcionario**

NIT: 900665317-8 ASOINGER

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

Colsubsidio

A D
1153804764405
2023-05-25 00:00 Anexos: 2
E - Recibido Servicios (0)
SUJETO A VERIFICACION

I. TIPO DE NOVEDAD [X] Afiliación [ ] Novedad [ ] Traslado

Fecha de Radicación DÍA MES AÑO

II. NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS	DATOS DE UBICACIÓN
[ ] Nombres	[ ] Hijos	[ ] Voluntario	[ ] Dirección y teléfono
[ ] Documentos de Identificación	[ ] Hermanos	[ ] Cotizante por fallecimiento	[ ] Correo electrónico
[ ] Estado civil	[ ] Padres	[ ] Personas a cargo	Fecha Novedad DÍA MES AÑO
[ ] Cambio de Aporte	[ ] Hijastros	[ ] Cese de convivencia	
	[ ] Dependiente por Custodia	[ ] Cambio de grupo familiar	Otra:

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT. [✓] C.C. [ ] C.E. [ ] C.D. [ ] PE [ ] PT [ ]	Nombre o Razón Social:	Sector: Oficial [ ] Público [ ] Privado [ ] Mixto [ ]	Sucursal:
No. 9011916222	YUNEX SAS		

Dirección:	Departamento:	Teléfono:
CALLE 127A # 7-12	BOGOTÁ	3228913680

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente [✓]	Servicio Doméstico [ ]	Madre Comunitaria [ ]	Taxista Independiente 2% [ ]	Pensionado aporte del 0% [ ]	Pensionado aporte del 0,6% [ ]	Pensionados aporte del 2% [ ]	Fidelidad 25 años [ ]	Facultativos aporte del 0,6% [ ]	Facultativos aporte del 2% [ ]	Independiente aporte 0,6% [ ]

Independiente aporte 2% [ ]	Residente en el exterior [ ]	Veterano [ ]	¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI [ ] NO [ ]	Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál.	Otro

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Pablo Roberto	Campiño	Araujo

C.C. [✓] C.E. [ ] C.D. [ ] T.I. [ ] PE [ ] PT [ ] RC [ ]	No.	Estado Civil: SO [✓] CA [ ] SE [ ] UL [ ] VI [ ]	Fecha de Nacimiento: AÑO MES DÍA	Género
	79115733		1960 03 30	M [✓] F [ ] I [ ]

Nivel Ocupacional:	Nivel Educativo
Operativo [✓] Administrativo [ ] Directivo [ ] Staff [ ] Ejecutivo [ ] Profesional [ ] Técnico [ ]	Ninguno [ ] Primaria [ ] Secundaria [ ] Técnico [ ] Profesional [ ] otro [ ]

Ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA	Horas/mes	Trabajador: UR [✓] RU [ ]	Salario básico/mesada:	Celular:	EPS (Solo para independientes)	AFP (Solo para independientes)
2023 05 23	240		6500000	3053156388		

Dirección vivienda:	Municipio:	Departamento:	Rural [ ] Urbano [✓]	Teléfono:
CL 151 NORTE 55 37 CS 59	BOGOTÁ	BOGOTÁ		

Dirección Trabajo:	Municipio:	Departamento:	Rural [ ] Urbano [ ]	Teléfono:
CALLE 127A # 7-12	BOGOTÁ	BOGOTÁ		

Correo Electrónico:	País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior)	Programa (Sólo no dependientes)
pcampodr@outlook.com		

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA [ ] Actualmente [ ] Trabajo Anterior Fecha retiro: _____ Fecha afiliación: _____

Nombre o razón social:	Nit.	Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. [ ] C.E. [ ] C.D. [ ] T.I. [ ] PE [ ] PT [ ]	No.	Fecha de nacimiento: AÑO MES DÍA	Género M [ ] F [ ] I [ ]	Trabaja: SI [ ] NO [ ]	Salario básico:	Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA

Nombres:	Primer apellido:	Segundo apellido

Razón social:	NIT.	Recibe subsidio: SI [ ] NO [ ]	Caja por la cual recibe subsidio

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar).

Para uso exclusivo de la Caja							Parentesco							
DISCA	CM	SERV	TIPO	No. Documento identificación	Nombres	Apellidos	Cuidador	Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	Custodia	Fecha de Nacimiento AÑO MES DÍA	Género

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para contarte todo lo que tenemos para ti. Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguno de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, ocho (8) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mi, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI [✓] NO [ ]

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición o queja o reclamo a través de:
Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900,línea nacional gratuita 018000947900, pagina web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec.2340/03, Dec. 586/04 y Res. 058/04.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE : Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Pablo Campiño 79115733
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio?	No: Beneficiarios	Causal de rechazo (Ver respaldo)	Código Revisor	Observaciones.
SI [ ] NO [X]	00		538	

VIGILADO SuperSubsidio

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Diligencie completamente el formulario utilizando únicamente una casilla para cada letra o número y con tinta negra.
2. No se admiten tachones, enmendaduras, repisados ni uso de corrector. En caso de encontrarse alguna de estas inconsistencias, el formulario será devuelto y deberá ser reemplazado.
3. Antes de entregar el formulario, verifique que el diligenciamiento esté correcto y los soportes requeridos correspondan con los solicitados, de acuerdo con la Circular Única Básica Jurídica, expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar.
4. Recuerde que para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar.

REQUISITOS GENERALES PENSIONADOS

1. Formulario debidamente diligenciado.
2. Resolución de la pensión o certificación de la entidad pagadora.
3. Último desprendible de pago de la mesada pensional, para Pensionados Ley 1643 la mesada pensional no debe superar los 1.5 SMMLV.
4. Fotocopia de los documentos de identificación tanto del trabajador como de las personas a cargo (hijos, padres, cónyuge o compañero).
5. Si está o ha estado afiliado a una Caja de Compensación Familiar, como pensionado, certificado de paz y salvo por todo concepto expedido por la misma, en la que se indique fecha de desafiliación.
6. Afiliación aporte 0% Ley 789/2002. Certificación que acredite que en su última vinculación laboral estuvo afiliado a Colsubsidio.
7. Afiliación Fidelidad 25 años. Manifestación Juramentada para p nsionados 25 años y Resolución que contenga las semanas totalizadas.
8. Formato declaración juramentada debidamente diligenciado.

REQUISITOS GENERALES TRABAJADORES INDEPENDIENTES

1. Formulario debidamente diligenciado.
2. Fotocopia de los documentos de identificación tanto del trabajador como de las personas a cargo (hijos, padres, cónyuge o compañero)
3. Certificado de afiliación a la EPS y al Fondo de Pensiones, con vigencia no superior a 30 días, como trabajador independiente.
4. Si está o ha estado afiliado a una Caja de Compensación Familiar, como independiente, certificado de paz y salvo por todo concepto expedido por la misma, en la que se indique fecha de desafiliación.
5. Formato declaración juramentada debidamente diligenciado.

REQUISITOS GENERALES FACULTATIVOS

1. Formulario debidamente diligenciado
2. Fotocopia de los documentos de identificación tanto del trabajador como de las personas a cargo (hijos, padres, cónyuge o compañero).
3. Último desprendible de pago y certificación emitida por la entidad
4. Si está o ha estado afiliado a una Caja de Compensación Familiar, como facultativo, certificado de paz y salvo por todo concepto expedido por la misma, en la que se indique fecha de desafiliación.
5. Formato declaración juramentada debidamente diligenciado.

RECUERDE QUE PARA SER BENEFICIARIO DE LA CUOTA MONETARIA DEBE TENER EN CUENTA QUE :

1. Debe ser trabajador permanente que labore un mínimo de 96 horas por mes, con una remuneración mensual igual o inferior al equivalente a cuatro salarios mínimos legales vigentes y tener personas legalmente a cargo.
2. Se consideran personas a cargo únicamente:
   - Los hijos y/o hermanos huérfanos de padres menores de 18 años. Para los hijos o hermanos huérfanos mayores de 12 años se requiere adjuntar certificados de estudio. Si son discapacitados deben demostrar la incapacidad para trabajar o estudiar y recibirán doble cuota de subsidio familiar.
   - Los padres mayores de 60 años que dependan económicamente del trabajador y que ninguno de los dos reciba renta, pensión ni salario.
   - Los padres menores de 60 años que demuestren invalidez o capacidad física disminuida que les impida trabajar, recibirán doble cuota del subsidio familiar.
3. Si el trabajador labora en más de una empresa, se tendrá en cuenta la suma de los dos salarios recibidos en cada empleo.
4. Se tendrá en cuenta la suma de los ingresos laborales de los dos padres, y en caso de que estos no superen los cuatro salarios mínimos, se pagará cuota monetaria a cada padre por los mismos hijos sobre los que se demuestre el derecho.
5. Si sumados los ingresos laborales del trabajador y su cónyuge no superan los seis salarios mínimos legales vigentes, sólo se pagara cuota monetaria a uno de los padres por los hijos sobre los cuales demuestre el derecho.
6. Si sumados los ingresos laborales de los dos padres superan seis salarios mínimos legales vigentes ninguno podrá recibir cuota monetaria.

Nota:
- Si se cumple con los anteriores requisitos se debe adjuntar la documentación exigida para cada caso, de acuerdo con la normatividad legal vigente.

CAUSALES DE RECHAZO

1. Formularios, formatos o documentos mal diligenciados, ilegibles, enmendados, repisados o incompletos. ☐

2. Falta documento de identificación:

Trabajador	☐	Padres	☐
Cónyuge	☐	Hermanos	☐
Hijos	☐	Custodia	☐

AVISO DE PRIVACIDAD

La Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con NIT 860.007.336-1declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por sus afiliados y/o no afiliados en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013 e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular. Dicho tratamiento podrá realizarse directamente por Colsubsidio y/o por el tercero que éste determine.

Colsubsidio informa al titular de los datos personales que le asisten los siguientes derechos:

1) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a Colsubsidio y/o al tercero que éste determine.
2) Solicitar prueba de la autorización otorgada, teniendo en cuenta lo dispuesto en el numeral b del art.8 de la Ley 1581 de 2012.
3) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas, solicitudes y reclamos.
4) Revocar la autorización y/o solicitar ante la Superintendencia de Industria y Comercio la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.
5) Acceder en forma gratuita a sus datos personales.

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com “Manual de Políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales” y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de:

Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900,línea nacional gratuita 018000947900, pagina web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **79.115.733**

CAMPIÑO ARAUJO

APELLIDOS

PABLO ROBERTO

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-MAR-1960**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

14-AGO-1978 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01265984-M-0079115733-20211113 **00763**99124A 1 8502809266

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL