REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1149771	
RAZON SOCIAL	YUNEX S.A.S.	
IDENTIFICACION:	NI 901191622	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
92754387	2023-5-11	CC 1013578933
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
CORRALES RIPPE	LESTTER ALEXANDER	1986-5-23
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
calle 63 sur n 14-85	Bogota	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA D.C. - Bogota D. C.	lesttercorrales86@gmail.com	1000000
Celular	**Sexo**	
3118731347	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
Service Technician Tecnico electricista	$1,867,000.00	E.P.S. Sanitas S.A.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Fondo Pensiones Cesantías SA COLFONDOS	MOBILITY RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2023-5-11	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

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

169397164

(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

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

3. Régimen: A. Contributivo / B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente / 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
Corrales	Rippe	Lesther	Alexander

7. Tipo de documento de identidad: CN / TI / CE / CD / RC / CC / PA / SC

8. Número del documento de identidad: 1013578933

9. Sexo: Femenino / Masculino

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

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1'867.000

18. Residencia

Dirección: Carrera 10a 7 - 20 Sur

Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3118731347

Correo Electrónico: L.Alexandercorrales06@6mail.com

Municipio / Distrito: Bogota

Zona: Urbana / Rural

Localidad / Comuna

Departamento: Cl Marca

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	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	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		

Original: EPS - 2a Copia: EMPLEADOR - 3a 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 ✓ 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	11 05 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	Código	

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

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 11 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 le veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

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

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS Y FACULTATIVOS

Espacio reservado para el sello de radicación

I. TIPO DE NOVEDAD ☐ 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	Otra:
		☐ Cambio de grupo familiar	

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA ☐ C.D. ☐ PE ☐ PT ☐ No. 9011916222 | Nombre o Razón Social: Yunex SAS | Sector: Oficial ☐ Público ☐ Privado ☐ Mixto ☐ | Sucursal:

Dirección: CL 127 A 7 12 P 6 ED BMW PLAZA | Departamento: Bogotá | Teléfono: 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: Lestter Alexander | Primer Apellido: Corrales | Segundo Apellido: Rippe

NIT. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐ No. 1013578933 | Estado Civil: SO ☐ CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI ☐ | Fecha de Nacimiento: AÑO MES DÍA 1986 05 23 | Género M ☐ F ☐ I ☐

Nivel Ocupacional: Operativo ☐ Administrativo ☐ Directivo ☐ Staff ☐ Ejecutivo ☐ Profesional ☐ Técnico ☐ | Nivel Educativo: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico ☐ Profesional ☐ otro ☐

Ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA 2023 05 11 | Horas/mes: 240 | Trabajador: UR ☐ RU ☐ | Salario básico/mesada: 1867000 | Celular: 3118731347 | EPS (Solo para independientes) | AFP (Solo para independientes)

Dirección vivienda: carrera 10A # 7-20 sur | Municipio: Bogotá | Departamento: Cundinamarca | Rural ☐ Urbano ☐ | Teléfono:

Dirección Trabajo: CL 127 A 7 12 P 6 ED BMW PLA | Municipio: Bogotá | Departamento: Cundinamarca | Rural ☐ Urbano ☐ | Teléfono:

Correo Electrónico: lesttercorrales86@gmail.com | País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior) | Programa (Sólo no dependientes)

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. ☐ PA ☐ 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 02 de 2016 de la Superintendencia del Subsidio Familiar)

Para uso exclusivo de la Caja: DISCA	CM	SERV	TIPO	No. Documento identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco: Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	Custodia	Fecha de Nacimiento (AÑO MES DÍA)	Género
			rc	1243760492	Abby Celeste	Corrales Ochoa						2021 06 16	
			cc	19431595	Alonso	Corrales Rivera						1958 05 16	

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

1.013.578.933
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 ☐	☐☐		☐☐☐	

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 este correcto y los soportes requeridos correspondan con los solicitados de acuerdo con la circular 02 de 2016 de la Superintendencia del Subsidio Familiar.
4. Recuerde que para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la circular 02 de 2016 de 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.



FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1986

FOSCA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

B+
G.S. RH

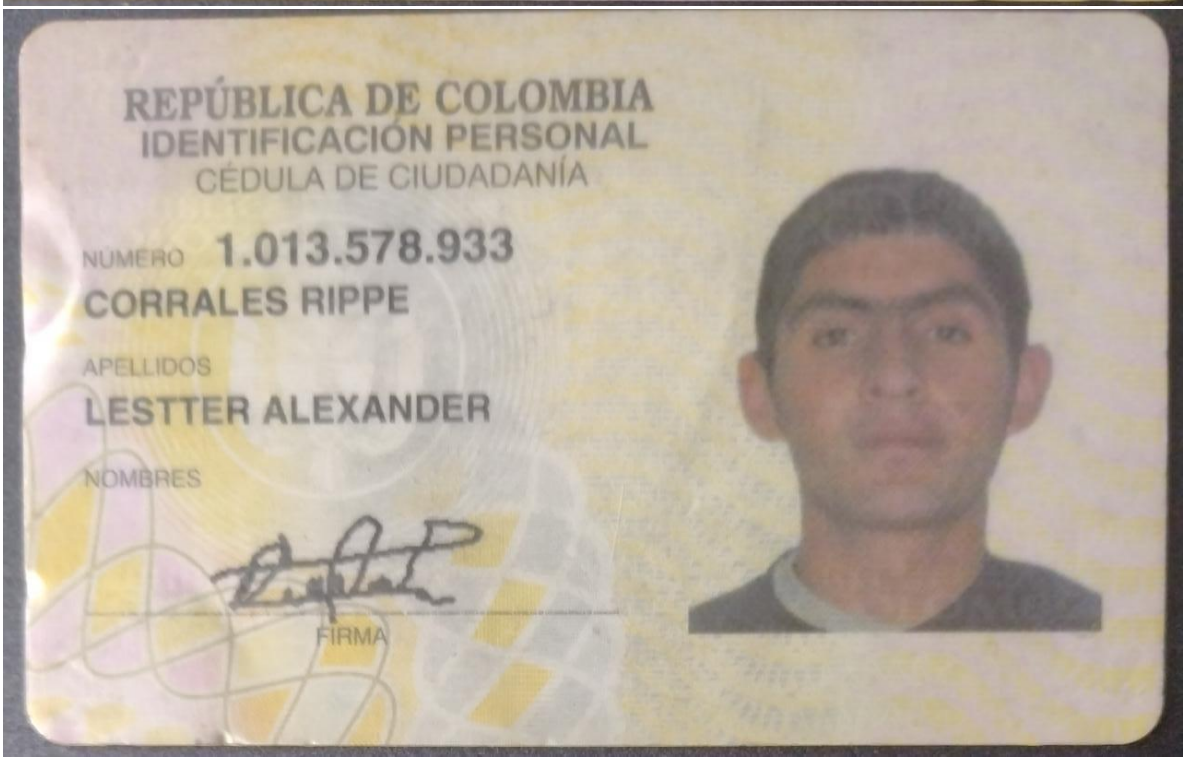
M
SEXO

28-MAY-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01235846-M-1013578933-20210528 0074505892A 1 9915554808



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.013.578.933

CORRALES RIPPE

APELLIDOS

LESTTER ALEXANDER

NOMBRES

FIRMA

Colsubsidio	El empleo es de todos · Mintrabajo	**DECLARACIÓN JURAMENTADA**	Fecha de solicitud			
			Año	Mes	Día	Ciudad / Municipio
			2023	05	09	BOGOTÁ

Yo LESTTER ALEXANDER CORRALES RIPE

Identificado(a) con C.C. [X] C.E [ ] P.A [ ] P.E. [ ] PPT [ ] T.I [ ] Número 1013578933

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una **X** el motivo de la declaración:

1. Convivencia y dependencia económica [X] 2. Unión marital de hecho /Unión libre [ ] 3. Padres o hermanos huerfanos de padres [ ] 4. Otros [ ]

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros,) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			
Abby Celeste Corrales Ochoa	r.c	1243760492	hija	3118731347	lesttercorrales86@gmail.com
Alonso Corrales Rivera	CC	19431595	papá	3118375991	

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañero(a) permanente

Declaro que el(la) Señor(a): _____ Identificado(a) con el tipo de documento _____ número _____ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace ___ años ___ meses.

Ademas el(la) Señor(a) actualmente se desempeña como:

Dependiente ___ independiente ___ Pensionado(a) ___ Estudiante ___ No labora ___

3. PADRES O HERMANO (S) HUERFANO (S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano (a) huerfan (s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar.

Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			
Alonso Corrales Rivera	CC	19431595	papá	3118375991	

Firma del padre CC 19431595 Bota	Firma de la madre

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a) _____ Identificado con _____

padre/madre biológico(a) del menor _____ Identificado con _____

por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificacion laboral.

NOTA.
La fecha de diligenciamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta (30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las Cajas de Compensación Familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas, en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso, de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la(s) persona(s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante Documento identidad: 1013578933	Observaciones : _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número N0000549911

NUIP 860523-35460

Tipo de certificado | Datos Esenciales [ ] | Acreditar Parentesco [X]

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

CORRALES RIPPE LESTTER ALEXANDER

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)						Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	Mes		Día				
1986	MAY		23			MASCULINO	

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA FOSCA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)						Indicativo serial
Año	Mes		Día			
1986	JUN		20			10124113

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

RIPPE CABALLERO MARTHA EDILMA

Documento de Identificación (Clase y número)						Nacionalidad
C.C. 51.623.874 BOGOTA						COLOMBIANA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

CORRALES RIVERA ALONSO

Documento de Identificación (Clase y número)						Nacionalidad
C.C. 19.431.595 BOGOTA						COLOMBIANA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

CORRALES RIVERA ALONSO

Documento de Identificación (Clase y número)

C.C. 19.431.595 BOGOTA

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA CUNDINAMARCA FOSCA

Código: J 9 K

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año	Mes	Día
2001	OCT	08

Nombre y firma del funcionario

Gladys M. Nieto

GLADYS MARIEN NIETO SANCHEZ

Registrador del Estado Civil

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

19.431.595
NUMERO

CORRALES RIVERA
APELLIDOS

ALONSO
NOMBRES



FIRMA

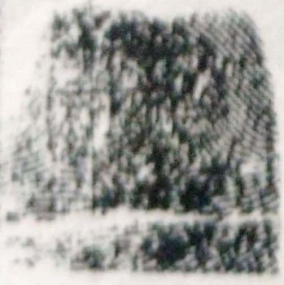
FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1958

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

31-MAY-1978 BOGOTA D.E.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

FIRMA REGISTRADOR



Indice Derecho

A-1500115-78248890-M-1043159S-970703

043988700

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 28407773-6

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1243760492

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63793576

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código
X						A 7 G

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. CHAPINERO-CLINICA COLSUBSIDIO CALLE 94 EPS FAMISANAR

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CORRALES	OCHOA

Nombre(s)

ABBY CELESTE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes JUN Día 16	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	165880088

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

OCHOA GAVIRIA CAROL MICHEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1001043201	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CORRALES RIPPE LESTTER ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1013578933	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CORRALES RIPPE LESTTER ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1013578933	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2021 Mes JUN Día 17	JORGE LUIS DANGOND AGUANCHA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
	JORGE LUIS DANGOND AGUANCHA Nombre y firma

Powered by CamScanner