REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1149771	
RAZON SOCIAL	YUNEX S.A.S.	
IDENTIFICACION:	NI 901191622	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
92635545	2023-5-2	CC 1022986158
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
GUERRA GONZALEZ	JOHAN CAMILO	1993-5-21
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
KR 6 A 89 29 SUR	BOGOTA D.C.	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA D.C. - Bogota D. C.	camilowar21@gmail.com	1000000
Celular	**Sexo**	
3123598260	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
Material Working Operator	$1,760,000.00	Compensar E.P.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	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**	
2023-5-2	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

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JOHAN CAMILO GUERRA GONZALEZ identificado(a) con cedula ciudadania 1022986158, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa YUNEX SAS NIT 901191622, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230502	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Mayo de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS
CER-AFI 21816907

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Colsubsidio

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

A D
0900404735485
2023-05-05 00:00 Anexos: 1
E - Recibido Servicios (0)
SUJETO A VERIFICACION

I. TIPO DE NOVEDAD ☑ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

Fecha de Radicación (DÍA MES AÑO): 26 04 2023

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): 26 04 2023
☐ 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 ☐	Nombre o Razón Social:	Sector: Oficial ☐ Público ☐ Privado ☑ Mixto ☐	Sucursal:
No. 901191622 8	Yunex SAS		

Dirección:	Departamento.	Teléfono:
CL 127 A 7 12 P 6 ED BMW PLAZA	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:
Johan Camilo	Guerra	Gonzalez

NIT. ☐ C.C. ☑ C.E. ☐ PA ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ PT ☐	No.	Estado Civil: SO ☐ CA ☐ SE ☐ UL ☑ VI ☐	Fecha de Nacimiento: AÑO MES DÍA	Género
	1022986158		1993 05 21	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 x RU ☐	Salario básico/mesada:	Celular:	EPS (Solo para independientes)	AFP (Solo para independientes)
2023 05 02	240		1760000	3123598260		

Dirección vivienda:	Municipio:	Departamento:		Teléfono:
carrera 6A 89-29 sur	Bogota D.C	Bogota D.C	Rural ☐ Urbano ☑	
Dirección Trabajo:	**Municipio:**	**Departamento:**		**Teléfono:**
TV 93 51-98	Bogota D.C		Rural ☐ Urbano ☑	

Correo Electrónico:	País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior)	Programa (Sólo no dependientes)
camilowar21@gmail.com	Colombia, Bogota D.C	

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	Trabaja:	Salario básico:	Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA
	52958406	1984 05 24	M ☐ F ☑ I ☐	SI ☑ NO ☐	1300000	

Nombres:	Primer apellido:	Segundo apellido
Diana Mayerly	Amaya	Romero

Razón social:	NIT.	Recibe subsidio:	Caja por la cual recibe subsidio
		SI ☐ NO ☑	

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
NNN				1007749687	Asley Dayana	Leal Amaya			☑			2001 04 04	

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

FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Solo servicios falta registro civil y declaracion privada.

Recibe Subsidio?	No. Beneficiarios	Causal de rechazo (Ver respaldo)	Código Revisor	Observaciones.
SI ☐ NO ☒			04	

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.986.158

GUERRA GONZALEZ
APELLIDOS

JOHAN CAMILO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

25-MAY-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00704049-M-1022986158-20150508 0044109986A 1 1983341933

Powered by CamScanner