AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 860523408
Número Afiliación: 160810
Razón social: SEGURIDAD NAPOLES LTDA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1004416489
Nombre: LAURA DAYANA BEDOYA MORENO
Fecha Ingreso: 21/08/2025
Salario básico: 1,424,000
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: SUCURSAL 1
Centro de trabajo: CTRAB 004
Tasa: 4.350
Fecha hora transacción: 20/08/2025 11:37:54 a. m.

Scanned with CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 25/08/2025, el empleador SEGURIDAD NAPOLES LTDA identificado con NIT número 860523408 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9202589	25/08/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1004416489	LAURADAYANA BEDOYA MORENO	1423500	NO CLASIFICADO	2025-08-21

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Agosto del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Scanned with CamScanner

Comfenalco Valle delagente

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA
COMFENALCO VALLE DELAGENTE
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT. 890.303.093-8

1089000002051020

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN

A. Tipo de Afiliado: Dependiente X | Independiente | Madre Comunitaria | Servicio Doméstico
Pensionado | Voluntario | Veterano de las Fuerzas Armadas | Otro _____

B. Tipo de Novedad
Nuevo X | Reingreso - Reactivación | Adición Beneficiarios

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

1. Tipo de identificación	2. Número de identidad	3. 1er Apellido / 2do Apellido	1er Nombre / 2do Nombre	4. Genero
TI	1004416489	BEDOYA / MORENO	LAURA / DAYANA	M

5. Fecha de nacimiento	6. Fecha expedición doc. identidad	7. Departamento expedición doc. Identidad	8. Municipio expedición doc. Identidad	9. Nacionalidad	10. Nivel de Escolaridad / Profesión	11. Categoría Discapacidad
2002 1 28	2020 2 5	VALLE DEL CAUCA	CANDELARIA - VALLE	COLOMBIA		

País de residencia	12. Dirección residencia	Departamento	Municipio / Corregimiento / Vereda	Barrio	13. Sector
COLOMBIA	AV 20 8 10 AP	VALLE DEL CAUCA	CALI - VALLE	CUARTELES NAPOLES	Rural / Urbano

14. Teléfono	15. Celular	16. Correo Electrónico	17. Estado civil
	3184837094	LAURADAYANABEDOYA@GMAIL.COM	Soltero X / Casado / Viudo / Unión libre / Divorciado / Separado

III. INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

18. Cónyuge / Compañero(a)	19. Tipo de identificación	20. Número de Identidad	21. 1er. Apellido / 2do. Apellido	1er. Nombre / 2do. Nombre	22. Genero
	CC TI CE RC PT				M H I

23. Fecha inicio relación marital	24. Fecha de nacimiento	25. Fecha de expedición Doc. ID	26. Departamento de expedición Doc. ID	27. Municipio de expedición Doc. ID	28. Nacionalidad	29. Categoría Discapacidad

30. Nivel de Escolaridad / Profesión	31. Trabaja	32. Tipo ID	33. Número de Nit	Dígito de identificación	34. Nombre o razón social	35. Sector
	SI NO					Rural / Urbano

36. Tipo salario	Salario Básico $	37. Cargo	38. Jornada	39. Caja de Compensación / Recibe Subsidio Monetario	40. Cuidador
Fijo / Variable				SI NO	SI NO

IV. INFORMACION DEL GRUPO FAMILIAR

Si su beneficiario es mayor de edad (18 años) relacionar los datos del contacto de estos (correo electrónico y celular) en los campos de información de contacto beneficiarios.

Documento		Nombres completos de beneficiarios		Información contacto beneficiarios		44. Genero	45. Parentesco	46. Fecha de nacimiento			47. Fecha de expedición			48. Discapacidad	49. Escolaridad
41. T.ID	42. Numero de ID	43. Primer y Segundo Apellido	Primer y Segundo Nombre	Correo Electrónico	Celular			Año	Mes	Dia	Año	Mes	Dia		
TI	1109563429	RAMOS BEDOYA	JOHAN SMITH			M	HIJO	2017	08	11					

V. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR, ENTIDAD PENSIONADORA O EMPRESA CONTRATANTE

50. T. ID	51. Número NIT	Dígito Verificación	52. Empresa o entidad pensionadora	53. Sucursal	54. Sector
NI	860523408		SEGURIDAD NAPOLES LTDA	18251	Rural / Urbano

55. Fecha ingreso a la empresa en el Valle del Cauca	56. Fecha pensión	57. Tipo contrato	58. Forma pago subsidio	Tipo de cuenta / Número de cuenta
2025 8 21		Fijo X / Indefinido	1. Depósito electrónico a través de Celular: Kupi X / Daviplata — 2. Transferencia electrónica a cuenta	Tipo de cuenta: Ahorros / Corriente / Banco: — Número de cuenta: (adjunte certificado bancario)

59. Tipo salario	Salario Básico $	60. Cargo	61. % Aportes	62. Jornada
Fijo X / Variable	1424000	GUARDIAS DE SEGURIDAD	0% / 0.6% / 2% / Fidelidad	240

VI. OTRO EMPLEADOR

63. T.I.	64. Número NIT	Dígito Verificación	65. Nombre o razon social	66. Sector
				Rural / Urbano

67. Tipo salario	Salario Básico $	68. Cargo	69. Jornada	70. Caja de Compensación	71. Recibe Subsidio Monetario
Fijo / Variable					SI NO

VII. INFORMACIÓN EXCLUSIVA TRABAJADOR INDEPENDIENTE - OTRO

72. Actividad económica	73. Valor mensual ingreso	74. Fecha de Inicio Actividad	75. Eps	76. % Aportes
				0% / 0.6% / 2%

77. Observaciones

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

78. Factor de Vulnerabilidad	79. Orientación de genero	80. Pertenencia Étnica	81. Resguardo Indígena	82. Pueblo indígena
No aplica	No disponible	No disponible		

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, genero, 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 el, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

La 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 la 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.	Fecha Radicacion: 2025-08-29
	Firma y C.C. del trabajador	Firma y sello recibido por Comfenalco Valle Delagente

Edición: Normativa Institucional Condensado Valle de la gente - Resolución de 2019 - ADMINISTRATIVA

VIGILADO SuperSubsidio

FTO-GCO-AFC-09-V3

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LAURA DAYANA BEDOYA MORENO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.416.489**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Grupo

Scanned with CamScanner