



* 3 0 8 0 9 3 5 *

No. 3080935

☐ NUEVA(S) PERSONA(S) A CARGO

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT C.C. C.E. P.A.	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR
MARGARITA MARIA PUERTA ROJAS	X	32.541.324	8584237	

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN T.I. C.C. C.E. P.A.	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA NACIMIENTO	GÉNERO
GIRALDO	MONTAÑA	X	70329865	1984/06/12	X
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
BERNARDO	DE JESUS				

ESTADO CIVIL ACTUAL		NIVEL EDUCATIVO	
SOLTERO <input type="checkbox"/>	CASADO <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input checked="" type="checkbox"/>	PRIM. COMPLETA <input type="checkbox"/>
SEPARADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	PRIM. INCOMPLETA <input type="checkbox"/>	BTO. COMPLETO <input checked="" type="checkbox"/>
FECHA INGR. EMP.		CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	
AÑO MES DÍA		OFICIOS VARIOS	
2015/10/05			

TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO <input type="checkbox"/> OBRA REALIZADA <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/>		FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO: AÑO MES DÍA	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		MUNICIPIO DE RESIDENCIA	
VEREDA TAFETANES		SAN JERONIMO	
DIRECCIÓN DONDE LABORA		BARRIO DONDE LABORA	
UNB. LAS PALMERAS CABA 37 SAN JERONIMO			
VIVE EN CASA PROPIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FONDO DE PENSIONES	
		E.P.S.	
TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO	
3107706632		ppiusca@gmail.com	

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE?

SI ☐ NO ☒

NIT. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO	SALARIO
No.			AÑO MES DÍA	
NIT. <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO	SALARIO
No.			AÑO MES DÍA	

AUTORIZO EL ENVÍO GRATUITO DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS SERVICIOS O PROCESOS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO (VER AL RESPALDO) POR MEDIO DE: MENSAJE DE TEXTO AL CELULAR ☒ CORREO ELECTRÓNICO ☐

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN T.I. C.C. C.E. P.A.	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA NACIMIENTO	GÉNERO
SUAREZ	JARAMILLO	X	43704631	1982/11/12	X
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
YELIANA	YOVANA				
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		MUNICIPIO DE RESIDENCIA		BARRIO DE RESIDENCIA	
VEREDA TAFETANES		SAN JERONIMO			
TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		SECTOR	
3217588973		ppiusca@gmail.com		URBANO RURAL	

NIVEL EDUCATIVO

PRIM. COMPLETA <input type="checkbox"/>	BTO. COMPLETO <input checked="" type="checkbox"/>	TÉCNICO <input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>	ESTUDIA <input type="checkbox"/>	TRABAJA <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>
PRIM. INCOMPLETA <input type="checkbox"/>	BTO. INCOMPLETO <input type="checkbox"/>	TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/>	POSGRADO <input type="checkbox"/>	AMA DE CASA <input checked="" type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL EMPLEADOR			SALARIO MENSUAL	EL (LA) CÓNYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

AUTORIZO EL ENVÍO GRATUITO DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS SERVICIOS O PROCESOS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO (VER AL RESPALDO) POR MEDIO DE: MENSAJE DE TEXTO AL CELULAR ☒ CORREO ELECTRÓNICO ☐

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN R.C. T.I. C.C. C.E. P.A.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO F M	FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA	PARENTESCO Hijo Hija de Compañer(a) Padre Madre Hermano/Huérfano de Padre	DISCAPACITADO SI NO	OCCUPACIÓN Estudia Trabaja Pensionado (a) / Jubilado (a)	PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA SI NO
GIRALDO SUAREZ	JUAN	JOSE		X	1011592415	X	2007/10/31	X			

OBSERVACIONES:

USO EXCLUSIVO DE INFORMACIÓN Y REGISTRO	FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR - IDENTIFICACIÓN	RECIBIDO COMFENALCO
	<i>Margarita M. Puerta Rojas</i> 32541324	<i>Fernando S</i> 70329865	 - 8 OCT 2015 CENTRO DE SERVICIOS PALACÉ DIANA JANETH CORREA G.

DECLARACIÓN JURAMENTADA

En la ciudad de Medellin Dpto. de Antioquia a los 8 días del mes Octubre del año 2015
Yo FERNANDO DE LEYD GINALE MONTOYA
 Número 70329865 de CINAROSTA identificado(a) con el tipo de documento CC
 manifiesto libre y voluntariamente que:

1. La(s) persona(s) relacionada(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica:

HIJOS DE TRABAJADOR: SOLTERO(A), MATRIMONIALES, EXTRAMATRIMONIALES, HIJASTROS E HIJOS DE COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Nombres y Apellidos Completos del beneficiario(s)	Documento		Parentesco	Teléfono de residencia del beneficiario
	Tipo	Número de identificación		
JUAN JOSE GINALE WAHER	RI	1011592415	Hijo	3107706632

DECLARATORIA DE UNIÓN LIBRE

2. Declaro que el señor(a) YELENA YOVANA WAHER JANAMILLO identificado(a) con el tipo de documento CC
 Número 43700631 de SAN JEDONIMO es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace 11 años.

PADRES DEL TRABAJADOR, HERMANO(S) HUÉRFANOS DE PADRES

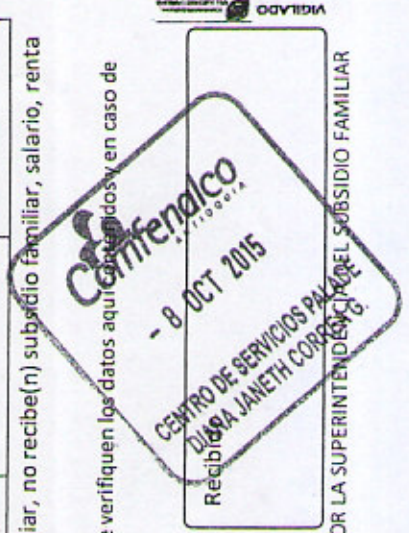
Nombres y Apellidos Completos del beneficiario(s)	Documento		Parentesco	Teléfono de residencia del beneficiario
	Tipo	Número de identificación		

3. Declaro que mi(s) padre(s) (madre)(s) o hermanos huérfanos de padres, relacionado(s) 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.

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

Firma del declarante <u>Fernando</u>	Documento de identidad <u>70329865</u>
De <u>Ginále</u>	

*Es obligatorio diligenciar completamente todos los campos requeridos para cada afiliación.





* 0 4 7 5 5 7 9 4 3 *

CÓDIGO 037

LEA LAS INSTRUCCIONES AL RESPALDO ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO

I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO					NOMBRES COMPLETOS		
	C.C.	C.E.	T.I.	P.A.	R.C.	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
90329865X						GINALDO	MONTOYA	FERNANDO DE JESÚS

II. NOVEDADES DE BENEFICIARIOS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO					NOMBRES COMPLETOS		
	C.C.	C.E.	T.I.	P.A.	R.C.	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
1								
2								
3								
4								

1. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS						2. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS						
PARENTESCO CON EL COTIZANTE	FECHA DE NACIMIENTO			UPC ADICIONAL	SEXO	I.P.S. PRIMARIA	PARENTESCO CON EL COTIZANTE	CAUSAL DE RETIRO				<input type="radio"/> A POR FALLECIMIENTO <input type="radio"/> B POR SEPARACIÓN <input type="radio"/> C ASPECTO ECONÓMICO (OTROS MIEMBROS DEPENDIENTES) <input type="radio"/> D OTROS. ESPECIFIQUE:
	DÍA	MES	AÑO					A	B	C	D	
1							1					
2							2					
3							3					
4							4					

3. CAMBIO DE CABEZA DE GRUPO FAMILIAR	<input type="checkbox"/>	NOTA: ANEXAR FIRC003 EN CASO DE NO ESTAR COTIZANDO A LA NUEVA EPS S.A.
4.0 CAMBIO DE TRABAJADOR "DEPENDIENTE" A "INDEPENDIENTE"	<input type="checkbox"/>	NOTA: ANEXAR FORMATO PRESUNCIÓN DE INGRESOS Y FOTOCOPIA DE AUTOLIQUIDACIÓN.
4.1 CAMBIO DE TRABAJADOR "INDEPENDIENTE" A "DEPENDIENTE"	<input type="checkbox"/>	NOTA: DILIGENCIAR INFORMACIÓN DE EMPLEADOR PUNTO IV DE ESTE FORMULARIO.
4.2 CAMBIO DE TRABAJADOR "DEPENDIENTE" O "INDEPENDIENTE" A "PENSIONADO"	<input type="checkbox"/>	NOTA: DILIGENCIAR INFORMACIÓN PENSIONADO PUNTO V DE ESTE FORMULARIO. ANEXAR CERTIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO DE LA PENSIÓN.
5. CAMBIO DE EMPLEADOR O REINGRESO LABORAL	<input checked="" type="checkbox"/>	NOTA: DILIGENCIAR INFORMACIÓN PUNTO IV DE ESTE FORMULARIO.

6. CAMBIO DE I.P.S.						
CAMBIO PARA TODO EL GRUPO FAMILIAR <input type="checkbox"/>						
COTIZANTE	BENEFICIARIO	I.P.S. ACTUAL	I.P.S. NUEVA	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
1						
2						
3						
4						

EN MI CONDICIÓN DE COTIZANTE CABEZA DE GRUPO FAMILIAR DECLARO LOS MOTIVOS DE LA SOLICITUD DE CAMBIO DE I.P.S.:

NOTA 1: OBLIGATORIO REPORTAR LA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PARA LOS CASOS EN QUE LA I.P.S. ESTÉ FUERA DE BOGOTÁ, D.C.

NOTA 2: OBLIGATORIO FIRMA DE LA DECLARACIÓN DEL CAMBIO DE I.P.S. DEL COTIZANTE CABEZA DEL GRUPO FAMILIAR EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO (CAMPO FIRMA DEL TRABAJADOR).

7. TERMINACIÓN DEL CONTRATO LABORAL				8. CAMBIO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN					
FECHA DE RETIRO	IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR	RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA		COTIZANTE	BENEFICIARIO	TIPO ANTERIOR	No. D.I. ANTERIOR	TIPO NUEVO	No. D.I. NUEVO
1				1					
2				2					
3				3					
4				4					

III. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

No. DE IDENTIFICACIÓN	32.54132U	DV	TIPO	NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	C.E.	P.A.
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	MARGARITA MARIA PUERTA ROJAS						
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	CAS PALMERAS SAN JERONIMO	TELÉFONO	8584237	FAX			
ACTIVIDAD ECONÓMICA	ODIO	CÓDIGO		ADM. RIESGOS PROF.		POSITIVA	
CIUDAD/MUNICIPIO	SAN JERONIMO (ANT)	DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA				

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE

FECHA DE INGRESO	DÍA	05	MES	10	AÑO	2015	CARGO	OFICIOS VARIOS	INGRESO BASE \$	644.350
SALARIO:	FIJO	<input checked="" type="checkbox"/>	VARIABLE		LABOR QUE DESEMPEÑA	OFICIOS VARIOS		A.F.P.	PORVENIR	

FIRMA TRABAJADOR	FIRMA EMPLEADOR	CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
<i>o Ferrnada G</i>	<i>Margarita Puerta R.</i>	

V. INFORMACIÓN DEL PENSIONADO

ENTIDAD QUE TIENE A CARGO SU PENSIÓN:					
NIT	DV	FECHA EN QUE INICIÓ LA PENSIÓN	FECHA	INGRESO MENSUAL DECLARADO O VALOR DE MESADA PENSIONAL	
FIRMA ENTIDAD RESPONSABLE DE LA PENSIÓN			CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		

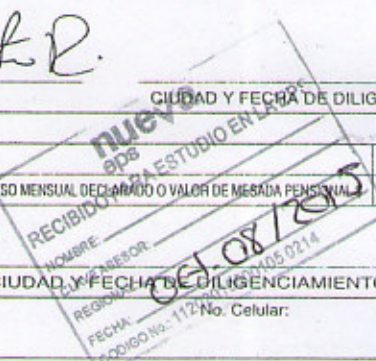
E-mail Afiliado:	E-mail Empresa:
------------------	-----------------

ESTRATO SOCIO ECONÓMICO:	
--------------------------	--

FIRMA AUTORIZADA	CIUDAD Y FECHA
------------------	----------------

VI. PARA USO EXCLUSIVO DE LA E.P.S.

NOMBRE ASESOR:	ERIKA DANTZ
----------------	-------------





ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE NOVEDAD DE INGRESO O ACTUALIZACIÓN
DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE
A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

STICKER DE RADICACIÓN



TRÁMITE	TIPO DE VINCULACIÓN
<input checked="" type="checkbox"/> AFILIACIÓN	<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE
<input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> MADRE COMUNITARIA
	<input type="checkbox"/> OTRO
	<input type="checkbox"/> SERVICIO DOMÉSTICO
	<input type="checkbox"/> APRENDIZ SENA

I. INFORMACION DEL EMPLEADOR

* No. DE DOCUMENTO	TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> DV	NOMBRE O RAZON SOCIAL
32.541.324		MARGARITA MARIA Puenta ROJAS

II. INFORMACION DEL TRABAJADOR

* No. DE DOCUMENTO	TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P	PRIMER APELLIDO
70329865		GIRALDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEGUNDO APELLIDO
FERNANDO	DE JESÚS	MONTAÑA
* FECHA NACIMIENTO	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SALARIO
1984 : 06 : 12		644.350
EPS ACTUAL	AFP ACTUAL	NACIONALIDAD
LA NUEVA EPS	PORVENIR	COLOMBIANO
DIRECCIÓN RESIDENCIA	MUNICIPIO RESIDENCIA	
VEREDA TAFETANES	SAN JERONIMO	
DEPARTAMENTO RESIDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	
ANTIOQUIA	ppiuscao@gmail.com	
CELULAR O TELÉFONO FIJO	TELETRABAJADOR	
3107706632	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
OCCUPACION CARGO ACTUAL		
OFICIOS VARIOS		

III. INFORMACION CENTRO DE TRABAJO

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DEPARTAMENTO
	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	TÉLEFONO
SAN JERONIMO	8584237
DIRECCIÓN	
URBANIZACION LAS PALMERAS CASA 57	

IV. INFORMACION DE BENEFICIARIOS (OPCIONAL)

1 TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	PRIMER APELLIDO
No. DE DOCUMENTO	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA NACIMIENTO	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PARENTESCO	Cónyuge
	Compañero permanente <input type="checkbox"/>
Padres	Hijos
Hermanos inválidos	Hijos inválidos
2 TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	PRIMER APELLIDO
No. DE DOCUMENTO	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA NACIMIENTO	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PARENTESCO	Cónyuge
	Compañero permanente <input type="checkbox"/>
Padres	Hijos
Hermanos inválidos	Hijos inválidos
3 TIPO DOC. <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	PRIMER APELLIDO
No. DE DOCUMENTO	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA NACIMIENTO	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PARENTESCO	Cónyuge
	Compañero permanente <input type="checkbox"/>
Padres	Hijos
Hermanos inválidos	Hijos inválidos

EL CONTENIDO DE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LOS SUMINISTRADOS POR EL TRABAJADOR DEPENDIENTE Y A LA ACTIVIDAD LABORAL QUE VA A DESARROLLAR

NOMBRE:
C.C.:

Margarita M.
Puenta R.
32541324

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
O PERSONA AUTORIZADA

Fernando G

FIRMA DEL TRABAJADOR

* LA ENMENDADURA, TACHÓN O FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON ASTERISCO GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN.

OFIXPRES

Junio - 2014 SF. 31002

-TRAFICO-

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

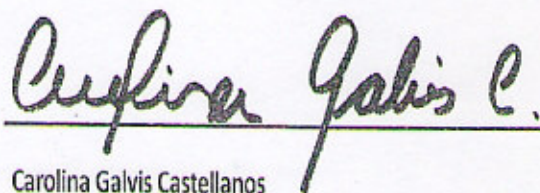
CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) FERNANDO DE JESUS GIRALDO MONTOYA identificado(a) con C.C No. 70.329.865 se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias desde el día 01 de marzo de 2009 a COLFONDOS S.A. y sus recursos se encuentran en el FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS MODERADO desde el día 15 de septiembre de 2010, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 08 de octubre de 2015.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado comuníquese con nuestra Línea Afiliados al 748 4888 en Bogotá, 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín ó 01 800 05 10000 gratis para el resto del país o escribanos a serviciocliente@colfondos.com.co



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías