



Tunja, 7 de febrero de 2022

2/7/22, 11:19 AM

Sticker Recibida

COMFABOY  
Correspondencia Recibida  
Vigencia: 2022 - Consecutivo: R-751  
Fecha de Radicación: 07/02/2022-11:23 AM  
Sede: TUNJA  
Reasumen: SOLICITUD AFILIACION  
TRABAJADORES  
Rámbarito: LICEO NUEVA INGLATERRA  
Destinatario: auxiliar sena DEPARTAMENTO  
Radicator: Miryam Stella Garcia Contreras

SEÑORES

**APORTES PARAFISCALES**

E. S. D.

ASUNTO: Afiliación de trabajadores

**LINA PAOLA GRANADOS CASTELANOS** con cedula de ciudadanía No. 33.366.942 de Tunja, en calidad de empleadora como persona natural por medio del presente escrito, me permito solicitar la afiliación de las siguientes trabajadoras a partir del primero (01) de febrero de dos mil veintidós (2022).

**YENNY VIVIANA CALLEJAS MOLANO**

C.C.No.1.049.647.519 de Tunja

- ❖ ARP: POSITIVA
- ❖ SALUD: NUEVA EPS
- ❖ PENSION: PORVENIR

**GINA ALEXANDRA PINZON PITA**

C.C.No.1.052.411.696 de Duitama

- ❖ ARP: POSITIVA
- ❖ SALUD: NUEVA EPS
- ❖ PENSION: COLPENSIONES

**BRIGITH XIOMARA CASTELLANOS ACOSTA**

C.C.No.1.049.642.578 de Tunja

- ❖ ARP: POSITIVA
- ❖ SALUD: COMFAMILIAR HUILA
- ❖ PENSION: COLPENSIONES

Cordialmente,

LINA PAOLA GRANADOS CASTELLANOS

C.C.33.366.942 de Tunja

Cel.3143312558 – 3112000657

Correo: [cnanaisabel@hotmail.com](mailto:cnanaisabel@hotmail.com)

[ablipao@hotmail.com](mailto:ablipao@hotmail.com)



Tunja, 7 de febrero de 2022

SEÑORES  
(APORTES PARAFISCALES) caja de Compensación Familiar  
E. S. D.

ASUNTO: Afiliación de trabajadores

LINA PAOLA GRANADOS CASTELANOS con cedula de ciudadanía No. 33.366.942 de Tunja, en calidad de empleadora como persona natural por medio del presente escrito, me permito solicitar la afiliación de las siguientes trabajadoras a partir del primero (01) de febrero de dos mil veintidós (2022).

**YENNY VIVIANA CALLEJAS MOLANO**

C.C.No.1.049.647.519 de Tunja

- ❖ ARP: POSITIVA
- ❖ SALUD: NUEVA EPS
- ❖ PENSION: PORVENIR

**GINA ALEXANDRA PINZON PITA**

C.C.No.1.052.411.696 de Duitama

- ❖ ARP: POSITIVA
- ❖ SALUD: NUEVA EPS
- ❖ PENSION: COLPENSIONES

**BRIGITH XIOMARA CASTELLANOS ACOSTA**

C.C.No.1.049.642.578 de Tunja

- ❖ ARP: POSITIVA
- ❖ SALUD: COMFAMILIAR HUILA
- ❖ PENSION: COLPENSIONES

Cordialmente,

LINA PAOLA GRANADOS CASTELLANOS

C.C.33.366.942 de Tunja

Cel.3143312558 – 3112000657

Correo: [cnanaisabel@hotmail.com](mailto:cnanaisabel@hotmail.com)

[ablipao@hotmail.com](mailto:ablipao@hotmail.com)

2/7/22, 11:21 AM

Sticker Recibida

COMFABOY  
Correspondencia Recibida  
Vigencia: 2022 - Consecutivo: R-752  
Fecha de Radicación: 07/02/2022-11:25 AM  
Sede: TUNJA  
Resumen: SOLICITUD AFILIACION TRABAJADORES  
Remite: LICEO NUEVA INGLATERRA  
Destinatarios: auxiliar serena DEPARTAMENTO  
Radicador: Miryan Stella Garcia Contreras







Tunja, 7 de febrero de 2022

SEÑORES  
COMFABOY  
E. S. D.

ASUNTO: Afiliación de trabajadores

**LINA PAOLA GRANADOS CASTELANOS** con cedula de ciudadanía No. 33.366.942 de Tunja, en calidad de empleadora como persona natural por medio del presente escrito, me permito solicitar la afiliación de las siguientes trabajadoras a partir del primero (01) de febrero de dos mil veintidós (2022).

**YENNY VIVIANA CALLEJAS MOLANO**

C.C.No.1.049.647.519 de Tunja

- ❖ ARP: POSITIVA
- ❖ SALUD: NUEVA EPS
- ❖ PENSION: PORVENIR

**GINA ALEXANDRA PINZON PITA**

C.C.No.1.052.411.696 de Duitama

- ❖ ARP: POSITIVA
- ❖ SALUD: NUEVA EPS
- ❖ PENSION: COLPENSIONES

**BRIGITH XIOMARA CASTELLANOS ACOSTA**

C.C.No.1.049.642.578 de Tunja

- ❖ ARP: POSITIVA
- ❖ SALUD: COMFAMILIAR HUILA
- ❖ PENSION: COLPENSIONES

Cordialmente,

LINA PAOLA GRANADOS CASTELLANOS

C.C.33.366.942 de Tunja

Cel.3143312558 – 3112000657

Correo: [cnanaisabel@hotmail.com](mailto:cnanaisabel@hotmail.com)

[ablipao@hotmail.com](mailto:ablipao@hotmail.com)

Recibi:  
ANDEA CALDERON  
07 febrero  
11:18am





# SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes



Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarias

CIUDAD Tunja

FECHA 

Día	Mes	Año
07	02	2022

Uso Exclusiva de Comfaboy:  
Código Empresa: 43775

**I. DATOS DEL EMPLEADOR:**

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Lina Paola Granados Castellanos NIT./C.C./CE: 33366942

**II. DATOS DEL TRABAJADOR:**

PRIMER APELLIDO: Callegas SEGUNDO APELLIDO: Holano NOMBRES: Yenny Viviana C.C.  CE  TI  P.E.P.   
No. DOCUMENTO: 1.049.647.519

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Calle 6 N-11-61 CIUDAD RESIDENCIA: Tunja DEPARTAMENTO: Boyacá FECHA DE NACIMIENTO: Septiembre 24/98 TELEFONO FIJO: 322313396

ESTADO CIVIL: SOLTERO  CASADO  UNIÓN LIBRE  SEPARADO  VIUDO  CELULAR: 322313396

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA  SECUNDARIA  TÉCNICO  TECNOLÓGICO  PREGRADO  POSTGRADO

CORREO ELECTRÓNICO: yvianacallegas22@gmail.com TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO  TÉRMINO FIJO  POR TAREA  FECHA INGRESO: 01 02 22 FECHA TERMINACIÓN: 30 01 22 CIUDAD DONDE TRABAJA: Tunja

INGRESO MENSUAL (\$): 1.000.000 HORAS LABORADAS MES: ES VENDEDOR: SÍ  NO

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA  LOTE  NINGUNO  ARRIENDO  SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO  RURAL

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ  NO

**III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

**IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL**

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: NOMBRES: C.C.  C.E.  T.I.  P.E.P.   
No. DOCUMENTO: CELULAR:

DIRECCIÓN: CIUDAD: DEPARTAMENTO: TRABAJA: SÍ  NO  SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ  NO  CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O):

**V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO	DOCUMENTO IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO				NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)
							HIJO	HIJASTRO	HERMANO	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	
<u>Callegas</u>	<u>Callegas</u>	<u>Ailyn</u>	<u>Gabriela</u>	<u>X</u>	<u>1050049980</u>	<u>22 11 14</u>	<u>X</u>				

1\*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Profesional) O (Ocupación) NI (Número de Identificación Personal)  
2\*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T (Técnico), PR (Profesional)  
3\*. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS, DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA ENTIDAD BANCARIA: No. DE CUENTA: **QUE PERTECE LA CUENTA DE AHORROS  CUENTA CORRIENTE**

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES NO. C.C. 33366942

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección: Calle 19 No. 608 741 extensión 1220 y página web: [www.comfaboy.com.co](http://www.comfaboy.com.co), declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, 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. Autoriza a COMFABOY, sobre la cual manifiesta conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de los mismos se sirva recolector, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter administrativo, comerciales y de mercadeo para el envío de investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, 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. Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en [www.comfaboy.com.co](http://www.comfaboy.com.co). Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo [protecciondatos@comfaboy.com.co](mailto:protecciondatos@comfaboy.com.co), o hacerlo en cualquiera de nuestros sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos, inexactos, incompletos, fraccionados, que infringen o a la dispuesto en la normatividad vigente. (V) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos (VI) Abstenerse de informar a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica. SÍ  NO

Yenny Viviana Callegas H.  
FIRMA DEL TRABAJADOR

[Firma]  
FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones: Cantidad de Folios:

RECIBIDO



# SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes



Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Tunja FECHA: 

Día	Mes	Año
<u>7</u>	<u>2</u>	<u>2022</u>

 Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 43775

**I. DATOS DEL EMPLEADOR:**  
 RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Lina Rola Granados Castellanos NIT./C.C./C.E.: 33366942

**II. DATOS DEL TRABAJADOR:**  
 PRIMER APELLIDO: Castellanos SEGUNDO APELLIDO: Acosta NOMBRES: Brigith Xiomara C.C.  C.E.  T.I.  P.E.P.   
 No. DOCUMENTO: 1049642528  
 DIRECCIÓN RESIDENCIA: Calle 24 A N. 16-51 El Carmen CIUDAD RESIDENCIA: Tunja DEPARTAMENTO: Boyacá FECHA DE NACIMIENTO: 23-04-1985 TELÉFONO FIJO:  
 ESTADO CIVIL: SOLTERO  CASADO  UNIÓN LIBRE  SEPARADO  VIUDO  CELULAR: 3217643389  
 NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA  SECUNDARIA  TÉCNICO  TECNOLÓGICO  PREGRADO  POSTGRADO   
 CORREO ELECTRÓNICO: Xiomisba@gmail.com TIPO DE DISCAPACIDAD:  
 CONTRATO: INDEFINIDO  TÉRMINO FIJO  POR TAREA  FECHA INGRESO: 01 02 22 FECHA TERMINACIÓN: 30 11 22 CIUDAD DONDE TRABAJA: Tunja  
 INGRESO MENSUAL (\$): 1.000.000 HORAS LABORADAS MES: ES VENDEDOR: SÍ  NO   
 ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA  LOTE  NINGUNO  ARRIENDO  SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO  RURAL   
 HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ  NO

**III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

**IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL**  
 PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: NOMBRES: C.C.  C.E.  T.I.  P.E.P.   
 No. DOCUMENTO:  
 DIRECCIÓN: CIUDAD: DEPARTAMENTO: CELULAR:  
 TRABAJA: SÍ  NO  SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: SALARIO MENSUAL:  
 CONVIVE: SÍ  NO  CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O):

**V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO		DOCUMENTO IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO			PARENTESCO				NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)	
				M	F		Día	Mes	Año	HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE		GRADO ESCOLARIDAD (2*)

**1\*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS:** CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NIUP (Número Único de Identificación Personal)  
**2\*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS:** N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T (Técnico), PR (Profesional), O (Otro)  
**3\*. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS, DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.** 07 FEB 2022

**SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO**  
 ENTIDAD BANCARIA: No. DE CUENTA: No. C.C. CUENTA DE AHORROS  CUENTA CORRIENTE

**TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**  
 La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, 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.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, actualizar o de capital a entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercado para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la inscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con los medios de seguridad definidos en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, 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.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en [www.comfaboy.com.co](http://www.comfaboy.com.co). Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo [protecciondatos@comfaboy.com.co](mailto:protecciondatos@comfaboy.com.co), o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son:

(i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejos por infracciones a la ley dispuesta en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de informar a COMFABOY, por el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de los finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica. SÍ  NO

Brigith Castellanos FIRMA DEL TRABAJADOR  
[Firma] FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR  
 ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY  
 Observaciones: Cantidad de Folios: RECIBIDO



# SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes



Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios

CIUDAD: Tunguá FECHA: 

Día	Mes	Año
<u>7</u>	<u>2</u>	<u>2022</u>

 Usa Exclusiva de Comfaboy: 43775

I. DATOS DEL EMPLEADOR:  
 RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Una Paola Grandes Castellanos NIT./CC/CE: 33366942

II. DATOS DEL TRABAJADOR:  
 PRIMER APELLIDO: Pinzon SEGUNDO APELLIDO: Pita NOMBRES: Giina Alexandra CC  CE  TI  PEP   
 DIRECCIÓN RESIDENCIA: Calle 14 N. 6-57 Ciudad RESIDENCIA: Boitoma DEPARTAMENTO: Boyacá FECHA DE NACIMIENTO: 9-12-1997 TELÉFONO FIJO: 7223436394  
 ESTADO CIVIL: SOLTERO  CASADO  UNIÓN LIBRE  SEPARADO  VIUDO   
 NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA  SECUNDARIA  TÉCNICO  TECNOLÓGICO  PREGRADO  POSTGRADO   
 CORREO ELECTRÓNICO: ginapinson14@gmail.com TIPO DE DISCAPACIDAD:  
 CONTRATO: INDEFINIDO  TÉRMINO FIJO  POR TAREA  FECHA INGRESO: 01 02 22 FECHA TERMINACIÓN: 30 11 22 CIUDAD DONDE TRABAJA: Tunguá  
 INGRESO MENSUAL (\$): 1.000.000 HORAS LABORADAS MES: ES VENDEDOR: SÍ  NO   
 ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA  LOTE  NINGUNO  ARRIENDO  SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO  RURAL   
 HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ  NO

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL  
 PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: NOMBRES: C.C.  C.E.  T.I.  P.E.P.   
 DIRECCIÓN: CIUDAD: DEPARTAMENTO: CELULAR:  
 TRABAJA: SÍ  NO  SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: SALARIO MENSUAL:  
 CONVIVE: SÍ  NO  CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O):

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO		DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO			PARENTESCO			GRADO ESCOLARIDAD (N)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACION PADRE (3)
				M	F		Día	Mes	Año	HIJO	HIJASTRO	HERMANO		

1º, INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NIUIP (Número Único de Identificación Personal)  
 2º, INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primario), B (Bachillerato), T (Técnico), PR (Profesional), O (Otro)  
 3º, REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA  
 ENTIDAD BANCARIA: No. DE CUENTA CUENTA DE AHORROS  CUENTA CORRIENTE

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-B domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: [www.comfaboy.com.co](http://www.comfaboy.com.co), declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, 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.  
 Autoriza a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, apertres y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de los mismos se sirva: recolector, almacenar, usar, circular, suprimir, precisar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital a entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercado para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, compañías, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios e investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se almacenarán sus datos personales es tratada cumpliendo con los medios de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correo electrónico, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.  
 Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en [www.comfaboy.com.co](http://www.comfaboy.com.co). Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar las solicitudes o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo [protecciondatos@comfaboy.com.co](mailto:protecciondatos@comfaboy.com.co), o hacerlo en cualquiera de nuestros sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejos por infracciones o la dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leido la anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, plena, voluntaria y debidamente informada a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mí persona dentro de los finalidades legales, contractuales y comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacto y verídico. SÍ  NO

FIRMA DEL TRABAJADOR: [Firma] FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR: [Firma]  
 ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY  
 Observaciones: Cantidad de Folios: 2  
 RECIBIDO



## COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 10/02/2022

### DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	33366942	Cédula Usuario:	CC 33366942
Nombre:	LINA PAOLA GRANADOS CASTELLANOS				
Dirección:	DG 65 C 0A ESTE 47 BR LOS MUISCAS				
Departamento:	BOYACA	Municipio:	TUNJA		
Correo electrónico:	ablipao@hotmail.com				
Teléfono:	3112000657	Tarifa:	0.522		
Actividad Económica:	1801101 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION PREESCOLAR QUE SUELE IMPARTIRSE EN ESCUELAS DE PARVULOS O EN JARDINES INFANTILES INCLUYE GUARDERIAS				

### DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 33366942	LINA PAOLA GRANADOS CASTELLANOS

### DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 12	11/02/2022	CC 1049647519	CALLEJAS MOLANO YENNY	1	0.52200	Dependiente

### OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor dirijase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades  
Positiva Compañía de Seguros S.A.

297F411ECF577B481B9BCA2483D5DFF6

Certificado impreso el día 2/10/2022 2:14:41 PM por el portal de empresas Edesk

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,  
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento  
es de todos

Minhacienda

## COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 10/02/2022

### DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	33366942	Cédula Usuario:	CC 33366942
Nombre:	LINA PAOLA GRANADOS CASTELLANOS				
Dirección:	DG 65 C 0A ESTE 47 BR LOS MUISCAS				
Departamento:	BOYACA	Municipio:	TUNJA		
Correo electrónico:	ablipao@hotmail.com				
Teléfono:	3112000657	Tarifa:	0.522		
Actividad Económica:	1801101 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION PREESCOLAR QUE SUELE IMPARTIRSE EN ESCUELAS DE PARVULOS O EN JARDINES INFANTILES INCLUYE GUARDERIAS				

### DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 33366942	LINA PAOLA GRANADOS CASTELLANOS

### DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 11	11/02/2022	CC 1052411696	PINZON PITA GINA	1	0.52200	Dependiente

### OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor dirijase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades  
Positiva Compañía de Seguros S.A.

297F411ECF577B481B9BCA2483D5DFF6

Certificado impreso el día 2/10/2022 2:08:14 PM por el portal de empresas Edesk

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,  
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

 Positiva Compañía de Seguros
  @PositivaCol
  PositivaColombia



El emprendimiento  
es de todos



**COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 10/02/2022**

**DATOS DE LA EMPRESA**

Tipo documento:	NI	Número de documento:	33366942	Cédula Usuario:	CC 33366942
Nombre:	LINA PAOLA GRANADOS CASTELLANOS				
Dirección:	DG 65 C 0A ESTE 47 BR LOS MUISCAS				
Departamento:	BOYACA	Municipio:	TUNJA		
Correo electrónico:	ablipao@hotmail.com				
Teléfono:	3112000657	Tarifa:	0.522		
Actividad Económica:	1801101 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION PREESCOLAR QUE SUELE IMPARTIRSE EN ESCUELAS DE PARVULOS O EN JARDINES INFANTILES INCLUYE GUARDERIAS				

**DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN**

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 33366942	LINA PAOLA GRANADOS CASTELLANOS

**DATOS AFILIADOS RADICADOS**

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 10	11/02/2022	CC 1049642578	CASTELLANOS ACOSTA BRIGITH	1	0.52200	Dependiente

**OBSERVACIONES**

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**  
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

297F411ECF577B481B9BCA2483D5DFF6

Certificado impreso el día 2/10/2022 2:01:56 PM por el portal de empresas Edesk



Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,  
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento  
es de todos

CÓDIGO ASESOR  
Y/O PROMOTOR

NO085

**AFILIACION**

**I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)**

<b>1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS</b>												
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			
Callegas			Holano			Yenny			Diviona			
<b>2. TIPO DOCUMENTO</b>				<b>3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>				<b>4. SEXO</b>		<b>5. FECHA NACIMIENTO</b>		
RC	TL	CC	CE	PA	CD	SC	PE	F	M	DÍA	MES	AÑO
								X		24	09	1996

**II. DATOS COMPLEMENTARIOS**

<b>Ciudad / Municipio</b>		<b>DEPARTAMENTO</b>		<b>TELÉFONO</b>	
Tunja		Boyacá		3273135956	
<b>TELÉFONO MÓVIL</b>		<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>			<b>CÓDIGO IPS</b>
		diviona.callegas22@gmail.com			

**III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA.**

<b>2. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL</b>				<b>36. Tipo documento de Identidad</b>		<b>37. Número documento de Identidad</b>		<b>DV</b>	<b>38. Tipo de aportante o pagador de pensiones</b>	
Lina Paola Granados Castellanos				CC		33366942		4	Porvenir	
<b>4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN</b>						<b>CIUDAD / MUNICIPIO</b>		<b>DEPARTAMENTO</b>		
Diagonal 65 C N. 0A Este - 47						Tunja		Boyacá		
<b>TELÉFONO FIJO</b>			<b>TELÉFONO MÓVIL</b>			<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>				
			3143312558			cnonaisabel@hotmail.com				
<b>FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL</b>				<b>CARGO</b>			<b>SALARIO</b>			
DÍA   MES   AÑO 01   02   2022				Docente			1.000.000			

**IV. FIRMAS**

<p>Yenny Diviona Callegas Holano</p> <p>54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario</p>	<p><i>[Firma]</i></p> <p>55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio</p>
--	--



CÓDIGO ASESOR  
Y/O PROMOTOR

NO085

AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS											
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
Pimón			Pita			Pina			Alexandra		
2. TIPO DOCUMENTO											
3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD											
4. SEXO											
5. FECHA NACIMIENTO											
DÍA											
MES											
AÑO											
1-052-411-696											
F											
M											
9											
12											
1997											

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

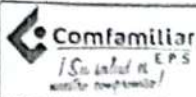
CIUDAD / MUNICIPIO			DEPARTAMENTO			TELÉFONO		
Doitama			Boyacá			3228436398		
TELÉFONO MÓVIL			CORREO ELECTRÓNICO			CÓDIGO IPS		
			ginapimzon14@gmail.com					

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA.

3. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				36. Tipo documento de identidad				37. Número documento de identidad				DV				38. Tipo de aportante o pagador de pensiones			
Lina Paolo Granadas Castellanos				C.C.   C.E.   P.A.   C.D.   N.I.   P.E.				33.306942				A				Colpensiones			
4. UBICACIÓN O DIRECCIÓN								CIUDAD / MUNICIPIO				DEPARTAMENTO							
Diagonal 65C N.OA - este - 47								Topye				Boyaca							
TELÉFONO Fijo				TELÉFONO MÓVIL				CORREO ELECTRÓNICO				SALARIO							
				3148312653				caonarsabel@hotmail.com				1.000.000							
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				CARGO															
DÍA				MES				AÑO				Docente							
01				02				2022											

IV. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario		55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio	



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Nº de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE (Leas las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Paginas
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/> C. Colectiva <input type="checkbox"/> D. Institucional <input type="checkbox"/> E. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de cotizante	6. Código (a registrar en la EPS)
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Castellanos	CC	1049643596	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23/04/1965

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
CC	Tipo: F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición: T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización IBC	
Positiva	Compensaciones	1000.000	
18. Residencia	19. Código de identificación		
Calle 29A N° 16-51	5217693389		
Tunja	Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	El Carmen	Boyacá

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	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

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			

25. Tipo de documento de identidad				26. Número del documento de identidad				27. Sexo		28. Fecha de nacimiento				
								Femenino	Masculino					
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Datos complementarios

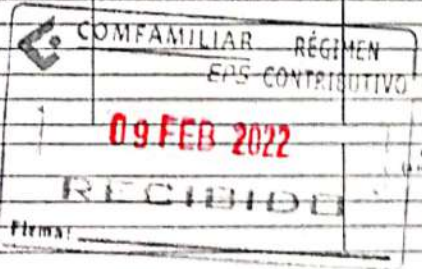
29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad			
		Tipo: F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición: T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

Municipio / Distrito	Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	35. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	



V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, DOMICILIO RURAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Lina Paola Granados	CC	33366942-E	
39. Ubicación			
Diq 690 N° 00 2147	Tunja Boyacá		

LÍNEA IMPRESORA DEL SISTEMA DE AUT. DEL SGSSS - TUNJA - BOYACÁ - EPS COMFAMILIAR

REGISTRADO EN EL SISTEMA DE AUT. DEL SGSSS - TUNJA - BOYACÁ - EPS COMFAMILIAR



09/03/2022 13:01:54 Cajero: angeduar

Oficina: 9650 - CB EPAGO TUNJA  
Terminal: ETUNBANAGRAR Operación: 39248581

A PAGO PROGRAMADO SÓLO EN BANCO  
AGRARIO  
CADO GENERACIÓN PLANILLA



ASOPAGOS

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor: \$735,000.00  
Costo de la transacción: \$0 00  
Iva del Costo: \$0 00  
GMF del Costo: \$0 00

Medio de Pago: EFECTIVO  
Convenio: 12429 PLANILLA ASISTIDA -ASOPAGO  
Ref 1: 8618382079  
Ref 2: 00033366942202202  
Ref 3:

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registró correctamente en el comprobante. Si no está de acuerdo infórmele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuníquese en Bogotá al 5948500 resto de

LINA PAOLA GRANADOS CASTELLANOS NI-33366942 0 LINA PAOLA GRANADOS CASTELLANOS del 2022-03-09 202202 202203	Digite el número de planilla de acuerdo a la fecha en que el aportante realice el pago Número de identificación <b>33366942</b> Periodo pensión <b>202202</b> Cantidad de registros <b>12</b>
--	---

Fecha limite de pago	Número de planilla	Total a pagar	Total seguridad social	Valor transacción financiera	Tipo de planilla	Estado
2022-03-09	8618382079	\$735.900	\$735.900	\$0	E	Lista para pago en Banco



(415)7709998013483(8020)8618382079802000033366942202202390000007359009620220309

Señor(a) aportante

Para garantizar un mejor servicio, Asopagos le solicita diligenciar la siguiente información

Nombre consignante	_____
Tel. Cel.	_____
Tel. Fijo	_____
Periodo Pagado	_____

EMPRESA: EFECTIVO LTVA.  
NIT. 830.131.993-1  
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9267017510

DU: 861621

Cajero:

DE JARORU

Cliente beneficiario:  
110263 PILA RECAUDO

Fecha:

05/09/2022 16:23:17

PS Recaudador:

908592 LOS MUISCAS

Cantidad cupones:

1

Identificacion:

33366942

Nombre:

LINA

Apellido 1:

DE ANAOS

Apellido 2:

AAA

TIPO DOCUMENTO:

CEDULA DE CIUDADANIA

TELEFONO:

1111111111

Codigo Planilla:

4462473460

Periodo Pago:

2022/09

Valor Comision:

0

Valor Iva Comision:

0

Referencia

Valor

33366942

\$735.900,00

Valor recibido:

\$735.900,00

Forma de pago:

EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario  
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.

Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entienda que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.  
Linea de servicio al cliente: (1)

651010

servicioalcliente@efecty.com.co  
www.efecty.com.co