

FORMULARIO CARTA DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN FACULTATIVOS,
TRBAJADOR INDEPENDIENTE Y PERSONAS A CARGO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA EL RESPALDO

☐ NUEVA(S) PERSONA(S) A CARGO

No.

DATOS DE LA ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE DE LA ENTIDAD

NIT

DATOS DEL FACULTATIVO O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N. DE IDENTIFICACIÓN

FECHA DE NACIMIENTO

GÉNERO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TI

CC

CE

PA

CD

PT

VI

TM

AÑO

MES

DÍA

F

M

I

ESTADO CIVIL ACTUAL

SOLTERO(A)

CASADO(A)

UNIÓN LIBRE

SEPARADO(A)

DIVORSIADO(A)

VIUDO(A)

PRIM. COMPLETA

PRIM. INCOMPLETA

BTO. COMPLETO

BTO. INCOMPLETO

TÉCNICO

TECNÓLOGO

UNIVERSITARIO

POSGRADO

ORIENTACIÓN SEXUAL

HETEROSEXUAL

HOMOSEXUAL

BISEXUAL

INF NO DISPO

PERTENENCIA ÉTNICA

AFROCOLOMBIANO

ROOM/GITANO

PALENQUERO

INDIGENA

COMUNIDAD NEGRA

RAIZAL SAN ANDRÉS

NINGUNO

NO DISPONIBLE

FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

MUNICIPIO DE RESIDENCIA

BARRIO DE RESIDENCIA

SECTOR

URBANO

RURAL

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

OCUPACIÓN

VIVE EN CASA PROPIA:

SI

NO

VALOR DEL INGRESO (I.B.C)

FUENTE DE LOS INGRESOS

CATEGORÍA DEL APORTE

2%

0,6%

Delaración: bajo la gravedad de juramento, que los ingresos que genero son el resultado de la actividad, labor u oficio que desempeño, y autorizo su verificación ante cualquier persona natural, jurídica, privada o pública.

ACTUALMENTE ESTÁ AFILIADO A UNA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR:

SI

NO

¿CUÁL?

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N. DE IDENTIFICACIÓN

FECHA DE NACIMIENTO

GÉNERO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TI

CC

CE

PA

PE

CD

PT

VI

TM

AÑO

MES

DÍA

F

M

I

TELÉFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

NIVEL EDUCATIVO

BÁSICA

MEDIA

SECUNDARIA ADULTOS

TÉCNICO/TECNÓLOGO

UNIVERSITARIO

NINGUNO

SECUNDARIA

BÁSICA ADULTOS

MEDIA ADULTOS

POSGRADO/MAESTRÍA

INFORMACIÓN NO DISPONIBLE

OCUPACIÓN

ESTUDIA

TRABAJA

INDEPENDIENTE

AMA DE CASA

PENSIONADO

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)																									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN								NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO					DISCAPACITADO			
				RC	TI	CC	CE	PA	VS	PE	PT			F	M	I	AÑO	MES	DÍA	CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)	PADRE O MADRE	HERMANO HUÉRFANO DE PADRES	HIC/O. HIC/ASTRO. HIC/O DE COMPAÑERO(A) PERMANENTE	BENEFICIARIO CON CUSTODIA	

EL PRESENTE DOCUMENTO PRESTA MÉRITO EJECUTIVO PARA EL COBRO DE LAS OBLIGACIONES QUE SE ENCUENTRAN EN EL MARCO LEGAL.

Autorizo al pagador _____ para que me sea descontado de mi salario básico el valor mensual correspondiente a la afiliación a COMFENALCO ANTIOQUIA; descuento que se realizará durante la vigencia del convenio.

OBSERVACIONES:

USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD PAGADORA

FIRMA DEL TRABAJADOR IDENTIFICACIÓN:

RECIBIDO DE COMFENALCO

Esta afiliación estará sujeta a aprobación. Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores.

Código: AAN-FM-1272 Versión:2 Fecha: 10/2025

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

1. Diligenciar en letra imprenta o a máquina en color negro.
2. Obligatoriamente llene todos los datos del formulario y adjunte todos los documentos que en su caso particular debe acreditar para tener derecho a los servicios de la Caja de Compensación Familiar (ver cuadro adjunto).
3. Es indispensable la firma y cédula del facultativo o trabajador independiente y de la entidad agrupadora o de régimen especial en los casos que haya autorizado su deducción.

CAUSALES DE RECHAZO Y DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte ningún campo por diligenciar, documento por adjuntar y su firma o firma de la entidad agrupadora o régimen especial.

1. Si algo falta, no podremos recibirle el formulario, ni tramitarle su afiliación hasta que toda la información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos y serán devueltos inmediatamente.
3. Documentos enviados vía fax no son válidos.
4. Si la entidad agrupadora o de régimen especial no tiene vigente el convenio con la Caja de Compensación Familiar.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL DERECHO COMO FACULTATIVO O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1. Pertenecer a un régimen especial.
2. Ser trabajador independiente, agrupado a través de un tercero.

BENEFICIOS DE ACUERDO A SU APORTE:

Si su aporte equivale al 2% sobre el valor del ingreso tendrá derecho a los siguientes beneficios:

1. Recreación
2. Turismo
3. Capacitación
4. Educación
5. Subsidio de vivienda de interés social, siempre y cuando no supere los 4 S.M.L.M.V por grupo familiar. De igual forma debe estar paz y salvo en el momento de la asignación de este Subsidio.

Si su aporte equivale al 0,6% sobre el valor del ingreso tendrá derecho a los siguientes beneficios:

1. Recreación
2. Turismo
3. Capacitación

En ninguno de los casos aplica con derecho a la Cuota Monetaria ni Crédito Social, adicionalmente, la categoría de afiliación es B, según lo referido en el Decreto 827 de 2003, capítulo II, artículo 7.

PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Si un Facultativo ya afiliado o trabajador independiente requiere afiliar un nuevo beneficiario(s), debe diligenciar sus datos y anexar la respectiva documentación, sin relacionar los beneficiario(s) ya afiliado(s). (Ver requisitos cuadro adjunto).

Para mayor información, debe dirigirse a cualquiera de nuestros Centros de Servicios o comunicarse con nuestro Contact Center (604) 4447110 o www.comfenalcoantioquia.com.co.

OBSERVACIONES GENERALES

Esta solicitud es voluntaria. Los pensionados que deseen afiliarse a un Caja de Compensación Familiar, pueden hacerlo de conformidad con el artículo 6° de la Ley 71 de 1988 y artículos 32 y siguientes del Decreto 784 de 1989.

AVISO DE PRIVACIDAD PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar Comfenalco Antioquia, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes, es responsable del tratamiento de sus datos personales. Los datos personales que la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Antioquia solicita serán utilizados para los siguientes fines:

1. Gestionar las afiliaciones realizadas por las empresas, trabajadores y sus grupos familiares al Sistema de Compensación Familiar.
2. estionar y pagar el subsidio familiar en dinero y en especie.
3. Prestar los servicios misionales conforme a la Ley, incluyendo el cumplimiento de contratos, regulación vigente, auditorías internas y externas, reportes legales, gestión de pagos y medidas de salud y seguridad en el trabajo.
4. Suministrar información sobre productos, servicios, actividades y oportunidades de Comfenalco Antioquia, a través de medios como correo electrónico, mensajes de texto, llamadas telefónicas, WhatsApp, correspondencia física o digital.
5. Realizar gestiones de cobranza, control de pagos, procesos de recaudo, habilitación de medios de pago y demás obligaciones relacionadas con las relaciones laborales, contractuales y comerciales.
6. Aplicar encuestas, evaluar la calidad del servicio, estudiar perfiles de usuarios y realizar investigaciones estadísticas, de mercado y de riesgo.
7. Adelantar procesos de selección de personal, tanto para empleados propios como para contratistas y proveedores.
8. Compartir datos con aliados estratégicos para ejecutar, entregar o desarrollar bienes y servicios, conforme al listado de aliados publicado en nuestro sitio web.
9. Gestionar relaciones con públicos de interés, incluyendo accionistas, autoridades y la comunidad, conforme a la ley.
10. Cumplir con requerimientos de autoridades administrativas, judiciales o de salud, y proteger derechos, bienes o la seguridad de la Caja, sus colaboradores y terceros.
11. Administrar relaciones laborales, incluyendo nómina, afiliaciones a entidades externas, fondos, sindicatos, entre otros.
12. Realizar actividades de salud y seguridad en el trabajo, vigilancia epidemiológica y medidas relacionadas con emergencias o pandemias.
13. Desarrollar procesos de compras, selección de proveedores y contratación de bienes y servicios.
14. Gestionar información financiera, comercial y crediticia, así como cumplimiento de obligaciones legales en relaciones con el sector financiero o comercial.
15. Validar y verificar transacciones, incluso mediante el uso de datos sensibles como huella digital, voz o imagen.
16. Prevenir lavado de activos, financiación del terrorismo, fraude, corrupción y actividades ilegales, mediante listas de control y cumplimiento de normas SARLAFT.
17. Utilizar herramientas de inteligencia artificial para el tratamiento de datos personales, bajo estrictos principios de ética, privacidad y supervisión humana calificada.

Como titular de información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales y, sólo en los casos en que sea procedente, a suprimirlos o revocar la autorización otorgada para su tratamiento. Si requiere mayor información para conocer nuestra política de tratamiento de datos personales y los cambios sustanciales que se produzcan en ella, haga clic en el siguiente enlace: [enlace a la política]. Para ejercer sus derechos o consultar nuestra Política de Tratamiento de Datos

Personales, puede comunicarse a través de los siguientes canales: Presencialmente en nuestros centros de servicios (Sede Administrativa carrera 50 No. 53-43 Medellín). Línea telefónica: **(604) 4447110**. Página web: **www.comfenalcoantioquia.com.co**. Correo electrónico: **comentarios@comfenalcoantioquia.com**

Con el conocimiento de este aviso de privacidad, autorizo de manera libre, voluntaria, expresa e informada, que mis datos personales, o los del menor de edad que represento, sean tratados por parte de la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Antioquia, conforme a las finalidades aquí descritas y a lo dispuesto en su política de tratamiento.

PARA AFILIAR A:	DOCUMENTACIÓN INDISPENSABLE PARA LA AFILIACIÓN
FACULTATIVO O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	• Fotocopia ampliada a media carta y legible del documento de identidad: Tarjeta de Identidad para menores de 18 años de edad, cédula de ciudadanía para mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros. • En caso de estar o haber estado afiliado a otra Caja de Compensación Familiar, anexar certificado de paz y salvo válido para cambio de Caja de Compensación Familiar
CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE	• Fotocopia ampliada a media carta y legible del documento de identidad: Tarjeta de Identidad para menores de 18 años de edad, cédula de ciudadanía para mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros. • Para cónyuge fotocopia del Registro Civil de Matrimonio, para compañero(a) permanente Declaración Juramentada. Formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Unión Libre.
LOS HIJOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE O FACULTATIVO	• Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento para acreditar parentesco. • Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Tarjeta de Identidad para edades entre siete (7) y menores de dieciocho (18) años de edad, cédula de ciudadanía para los mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros. • Declaración Juramentada, formato sumistrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
HIJASTROS HIJOS DE COMPAÑERO(A) PERMANENTE	• Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento para acreditar parentesco. • Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Tarjeta de Identidad para edades entre siete (7) y menores de dieciocho (18) años de edad, cédula de ciudadanía para los mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros. • Certificado de la Entidad Promotora de Salud -EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la Custodia este en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar o custodia de los beneficiarios expedida por autoridad competente que especifique que el beneficiario esté en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar. • Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
HERMANO(S) HUÉRFANOS DE PADRES	• Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento tanto del trabajador como de los hermanos, para acreditar parentesco. • Fotocopia del Registro Civil de Defunción de ambos padres. • Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Tarjeta de Identidad para edades entre siete (7) y menores de dieciocho (18) años de edad, cédula de ciudadanía para los mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros. • Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
LOS PADRES MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD, NO JUBILADOS, NO PENSIONADOS, QUE NO RECIBAN SALARIO O RENTA	• Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento del trabajador, para acreditar parentesco. • Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Cédula de ciudadanía, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros. • Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario. • Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
BENEFICIARIO EN CUSTODIA	• Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento para acreditar parentesco. • Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Tarjeta de Identidad para edades entre siete (7) y menores de dieciocho (18) años de edad, cédula de ciudadanía para los mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros. • Custodia de los beneficiarios expedida por autoridad competente. • Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
BENEFICIARIOS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SIN LÍMITE DE EDAD	• Para aquellas personas a cargo que aplican según la normatividad actual, la Resolución 113 de 2020 del ministerio de Salud y Protección Social, define que la expedición del Certificado de discapacidad ya no está a cargo de la EPS, éste será emitido sin costo alguno por equipos multidisciplinarios de las IPS asignadas por la Secretaria de Salud Distrital o Municipal.