

|  |  |
| --- | --- |
| **INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR O PERSONAS A CARGO** | |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA** |  |
| **ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO** | |
| NUEVA(S) PERSONA(S)A CARGO | No. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL EMPLEADOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TIPO DE IDENTIFICACIÓN | | | | | Nº DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | TELÉFONO | | | | | CENTRO DE COSTOS DEL TRABAJADOR | | | | |
| NIT | C.C. | C.E. | P.A. | T.I |
|  |  |  |  |  |
| **DATOS DEL TRABAJADOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO | | | | | | | | | | SEGUNDO APELLIDO | | | | | | | | | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | No. DE IDENTIFICACIÓN | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | | | GÉNERO | | |
| PRIMER NOMBRE | | | | | | | | | | SEGUNDO NOMBRE | | | | | | | | | T.I. | C.C. | C.E. | P.A. | P.E | C.D. | P.T. | V.I | T.M. |  | | | | AÑO | | MES | | DÍA | F | M | I |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |
| ESTADO CIVIL ACTUAL | | | | | | | | | | | NIVEL EDUCATIVO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOLTERO(A) | |  | CASADO(A) | | |  | UNIÓN LIBRE | | |  | BÁSICA | | |  | MEDIA | |  | SECUNDARIA ADULTOS | | | | |  | TÉCNICO/TECNOLÓGICO | | | | |  | UNIVERSITARIO | | | | |  | NINGUNO | | |  |
| SEPARADO(A) | |  | VIUDO(A) | | |  | NO DISPONIBLE | | |  | SECUNDARIA | | |  | BÁSICA ADULTOS | |  | MEDIA ADULTOS | | | | |  | POSGRADO/MAESTRÍA | | | | |  | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE | | | | | | | | |  |
| ORIENTACIÓN SEXUAL: | | | | | HETEROSEXUAL | | |  | BISEXUAL | | |  | PERTENENCIA ÉTNICA: | | | | | AFROCOLOMBIANO | | | |  | PALANQUERO | | | |  | COMUNIDAD NEGRA | | |  | NO SE AUTO RECONOCE COMO NING. | | | | | | |  |
| HOMOSEXUAL | | |  | INF NO DISPO | | |  | ROOM/GITANO | | | |  | INDIGENA | | | |  | RAIZAL SAN ANDRES | | |  | NO DISPONIBLE | | | | | | |  |
| FECHA ING. EMPRESA | | | | HORAS MENSUALES TRABAJADAS | | SALARIO | | | | | | PROFESIÓN | | | | | | | | | | | CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AÑO | MES | DÍA | |  | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE CONTRATO LABORAL: INDEFINIDO  OBRA REALIZADA FIJO FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: AÑO MES DÍA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | | | | | | | BARRIO DE RESIDENCIA | | | | | | SECTOR | | | | TELÉFONO FIJO | | | | | | |
| URBANO | | RURAL | |
|  | |  | |
| DIRECCIÓN DONDE LABORA | | | | | | | | | | | | | | | | MUNICIPIO DONDE LABORA | | | | | | | BARRIO DE RESIDENCIA | | | | | | SECTOR | | | | TELÉFONO FIJO | | | | | | |
| URBANO | | RURAL | |
|  | |  | |
| VIVE EN CASA PROPIA: SI  NO | | | | | | | | | | | | | | | FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO)  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONO CELULAR | | | | | | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



AUTORIZO LA CONSIGNACIÓN DE LA CUOTA MONETARIA EN MI CUENTA BANCARIA NO - \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ENTIDAD BANCARIA \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Tipo de Cuenta: Ahorro: Corriente:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTÁNEAMENTE?** Si No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIT  NO. | CC |  | CE | PA |  | TI | PE |  | VI |  | NOMBRE DEL EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | HORAS MENSUALES TRABAJADAS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | SALARIO | | | | | | | | |
| AÑO | | MES | | DÍA | |
| NIT  No. | CC |  | CE | PA |  | TI | PE |  | VI |  | NOMBRE DEL EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | HORAS MENSUALES  TRABAJADAS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | SALARIO | | | | | | | | |
| AÑO | | MES | | DÍA | |
| NIT  NO. | CC |  | CE | PA |  | TI | PE |  | VI |  | NOMBRE DEL EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | HORAS MENSUALES  TRABAJADAS | | | FECHA DE INGRESO | | | | | | SALARIO | | | | | | | | |
| AÑO | | MES | | DÍA | |
| **DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO | | | | | | | | | SEGUNDO APELLIDO | | | | | | | | | | | | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | No. DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | | | | GÉNERO | | |
| PRIMER NOMBRE | | | | | | | | | SEGUNDO NOMBRE | | | | | | | | | | | | T.I. | C.C. | C.E. | P.A. | P.E | C.D. | P.T. | V.S | T.M. |  | | | | | | | AÑO | | MES | | DÍA | | F | M | I |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | | | | | | | | | BARRIO DE RESIDENCIA | | | | | | | | SECTOR | | | | | TELÉFONO FIJO | | | | | | | |
| URBANO | | | RURAL | |
|  | | |  | |
| TELÉFONO CELULAR | | | |  | | | | | | | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIVEL EDUCATIVO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | OCUPACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
| BÁSICA | |  | MEDIA | |  | SECUNDARIA ADULTOS | | | |  | TÉCNICO/TECNOLÓGICO | | | | | |  | UNIVERSITARIO | | | | | |  | NINGUNO | | | |  | ESTUDIA | | | |  | TRABAJA | | | |  | INDEPENDIENTE | | | | |  |
| SECUNDARIA | |  | BA.ADULTOS | |  | MEDIA ADULTOS | | | |  | POSGRADO/MAESTRÍA | | | | | |  | INFORMACIÓN NO DISPONIBLE | | | | | | | | | | |  | AMA DE CASA | | | |  | PENSIONADO | | | | | | | | | |  |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR DONDE LABORA | | | | | | | | Nº DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | SALARIO MENSUAL | | | | | | | | |  |  | RECIBE CUOTA MONETARIA | | | | | |  |  | ¿POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR? | | | | | | | | | | | |
|  |  | SI NO | | | | |  |  |  |
| **DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DELTRABAJADOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EN ESTE ESPACIO NO INCLUIR EL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NI LOS BENEFICIARIOS YA AFILIADOS** | | | | | | | | | | | | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | | | | | GÉNERO | | | FECHA  DE NACIMIENTO | | | | | | PARENTESCO | | | | | | Estudia | | PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA | | | |
| Hijo | Hijo de Compañero(a) | Padre | Madre | Hermano Huérfano de Padres | |
| F | M | I | AÑO | | MES | | DÍA | |
| PRIMER APELLIDO | | | SEGUNDO APELLIDO | | | PRIMER NOMBRE | | | SEGUNDO NOMBRE | | | R.C | T.I | C.C | C.E | P.A | V.S | P.E | P.T. |
| SI | NO | SI | | NO | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |

OBSERVACIONES:

http://www.ssf.gov.co/wps/wp8fuentes/assets/images/logo.png

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA | FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR | FIRMA DEL TRABAJADOR | RECIBIDO DE COMFENALCO |
| IDENTIFICACIÓN: |

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.

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR



V11 - 12 - 2022

**DISTRIBUCIÓN GRATUITA**

VIGILADO

**INSTRUCCIONES Y REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO**

**ANTIOQUIA**

# INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARA LA AFILIACIÓN DE:** | **DOCUMENTACIÓN INDISPENSABLE PARA LA AFILIACIÓN** | **PARA RECIBIR LA CUOTA MONETARIA** | **PARA**  **SERVICIOS SIN DERECHO A LA CUOTA** |

1. Diligenciar en letra imprenta o a máquina en color negro.
2. Obligatoriamente llene todos los datos del formato y adjunte todos los documentos que en su caso particular debe acreditar para tener derecho a reclamar la Cuota Monetaria o los servicios de la Caja de Compensación Familiar. Ver cuadro adjunto.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TRABAJADOR** | 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. |  | **X** |
| **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. |  | **X** |
| Para cónyuge fotocopia del Registro Civil de Matrimonio, para compañero(a) permanente Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Unión Libre. |  | **X** |
| Si el cónyuge o compañero(a) permanente labora, carta del empleador donde labora indicando su salario y si recibe o no Cuota Monetaria y por cual Caja de Compensación Familiar. En caso de que no labore, diligenciar la Declaración Juramentada suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la ocupación. **Nota**: solo aplica en caso de que vaya a solicitar la Cuota Monetaria por sus personas a cargo. |  | **X** |
|  | Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento para acreditar  parentesco. | **X** | **X** |
| **LOS HIJOS DEL TRABAJADOR:**  **\* SOLTERO(A)** | 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. | **X** | **X** |
| **\*MATRIMONIALE S**  **\*EXTRAMA- TRIMONIALES** | Certificado de Escolaridad para mayores de doce (12) años de edad. Para el derecho a la Cuota Monetaria, los beneficiarios mayores de 18 años hasta los 23 años de edad, deberan estar estudiando Educación para el trabajo y el Desarrollo Humano, según el decreto 4904 de 2009. | **X** |  |
|  |  |  |
|  | Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica. | **X** | **X** |
|  | Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento para acreditar parentesco. | **X** | **X** |
| **\* HIJASTROS** | 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. | **X** | **X** |
| **\* HIJOS DE COMPAÑERO(A) PERMANENTE** | Certificado de Escolaridad para mayores de doce (12) años de edad. Para el derecho a la Cuota Monetaria, los beneficiarios mayores de 18 años hasta los 23 años de edad, deberán estar estudiando Educación para el trabajo y el Desarrollo Humano, según el decreto 4904 de 2009. | **X** |  |
|  | Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica. | **X** | **X** |
|  | Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento tanto del trabajador como de los hermanos, para acreditar parentesco. | **X** | **X** |
|  | Fotocopia del Registro Civil de Defunción de ambos padres. | **X** | **X** |
| **LOS HERMANO(S)** | 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. | **X** | **X** |
| **HUÉRFANOS DE PADRES** |
| Certificado de Escolaridad para mayores de doce (12) años de edad. Para el derecho a la Cuota Monetaria, los beneficiarios mayores de 18 años hasta los 23 años de edad, deberan estar estudiando Educación para el trabajo y el Desarrollo Humano, según el decreto 4904 de 2009. | **X** |  |
|  | Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica. | **X** | **X** |

1. Es indispensable la firma y sello del empleador y la firma y el documento de identidad del trabajador.
2. Debe ser diligenciado el campo Centro de Costos del trabajador en DATOS DEL EMPLEADOR, si es requerido por el empleador.

# 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, su firma o la firma y sello del empleador.

1. Si algo falta, no podremos recibirle el formulario, ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta

información esté completa.

2 .Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos y serán devueltos inmediatamente.

1. Documentos enviados vía fax no son válidos.
2. Si el empleador por el cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliado a la Caja de Compensación Familiar.

# ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.

Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para cualquier afiliación, en cumplimiento de la Resolución 001040 del 14 de junio de 2012. **CERTIFICADOS ESCOLARES O BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE ESTABLECIMIENTO DOCENTE DEBIDAMENTE APROBADO EN EL TERRITORIO COLOMBIANO PARA BENEFICIARIOS, A PARTIR DE LOS DOCE AÑOS DE EDAD**

Para la presentación de los certificados escolares se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Su fecha de expedición debe ser del año actual. Para estudios superiores su fecha de expedición debe ser la del semestre en curso.
2. No se aceptan estudios preuniversitarios, PreIcfes y cursos.
3. Debe ser sin enmendaduras.
4. Para el derecho a la Cuota Monetaria, los beneficiarios mayores de 18 años hasta los 23 años de edad, deberán estar estudiando Educación para el trabajo y el Desarrollo Humano, según el decreto 4904 de 2009, y el Certificado de Estudio debe tener una fecha de expedición no superior a seis (6) meses y cuya duración no sea inferior a 600 horas anuales.

# PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Si un trabajador ya afiliado requiere afiliar un nuevo(s) beneficiario(s), debe ingresar sus datos y anexar la respectiva documentación, sin relacionar los beneficiario(s) ya afiliado(s). En el cuadro adjunto encontrará los requisitos para la afiliación del trabajador y sus beneficiarios. Los documentos marcados con "X" son indispensables para la acreditación y la validación de la afiliación a la Caja de Compensación Familiar.

# ¡TEN ENCUENTA!

Que la Cuota Monetaria prescribe por la no afiliación oportuna de tus beneficiarios, además, tienes la obligación legal de reportar cualquier novedad o hecho que determine modificaciones en el pago de la Cuota Monetaria como nacimientos o muertes de personas a cargo,

el término de la convivencia o dependencia económica, dentro del mes en que ocurran dichos eventos.

## FACTOR DE VULNERABILIDAD

* 1. Desplazado
  2. Víctima del conflicto armado (no desplazado)
  3. Desmovilizado o reinsertado
  4. Hijo(as) desmovilizados o reinsertados
  5. Damnificado desastre natural
  6. Cabeza de familia
  7. Hijo(as) de madres cabeza de familia
  8. En condición de discapacidad
  9. Población migrante
  10. Población zonas frontera (nacionales)
  11. Ejercicio del trabajo sexual
  12. No aplica

## TIPO DE DOCUMENTO

T.I. Tarjeta de identidad

C.C. Cédula de ciudadanía

C.E. Cédula de extranjería

P.A. Pasaporte

P.E Permiso especial de permanencia

C.D. Carné diplomático

P.T. Permiso de protección temporal

V.S Visa

T.M. Tarjeta de movilidad fronteriza

## GÉNERO

(M) Masculino

1. Femenino

# AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

13. No disponible

* 1. Indeterminado

La Caja de Compensación Familiar COMFENALCO ANTIOQUIA, en cumplimiento de lo establecido en los

artículos 14 y 15 del Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, cuenta con una Política de Tratamiento de datos personales, publicada en la página web [http://www.comfenalcoantioquia.com,](http://www.comfenalcoantioquia.com/) en la cual se encuentran previstas las finalidades para las cuales COMFENALCO ANTIOQUIA realiza el tratamiento de datos personales y se detalla la manera en que usted puede ejercer sus derechos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. | **X** | **X** |
| Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Cédula de ciudadanía, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros. | **X** | **X** |
| Certificado de la E.P.S. donde conste el tipo de afiliación de los  padres. | **X** | **X** |
| Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica. | **X** | **X** |
| **BENEFICIARIO EN CUSTODIA** | Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento para acreditar parentesco. | **X** | **X** |
| 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. | **X** | **X** |
| Certificado de Escolaridad para mayores de doce (12) años de edad. Para el derecho a la Cuota Monetaria, los beneficiarios mayores de 18 años hasta los 23 años de edad, deberán estar estudiando Educación para el trabajo y el Desarrollo Humano, según el decreto 4904 de 2009. | **X** |  |
| Custodia de los beneficiarios expedida por autoridad competente. | **X** | **X** |
| Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica. | **X** | **X** |
| **LOS 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. | **X** | **X** |

Mediante su autorización, COMFENALCO ANTIOQUIA podrá realizar el tratamiento de la información a efectos de:

1. Organizar y pagar el subsidio familiar en dinero y en especie.
2. Prestar los servicios misionales de conformidad con la Ley.
3. Suministrar información sobre ofertas y oportunidades relacionadas con los servicios y productos que ofrece COMFENALCO ANTIOQUIA o ajustes en los mismos.
4. Realizar gestiones de cobranza.
5. Realizar encuestas para el cumplimiento de los objetivos de la Caja de Compensación Familiar, evaluar la calidad del servicio y realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo y perfiles de afiliados y usuarios actuales o potenciales.
6. Adelantar los procesos de selección del personal de COMFENALCO ANTIOQUIA y sus contratistas.
7. Suministrar información a terceros aliados de la Caja, cuando resulte necesario para la ejecución, entrega o desarrollo de bienes o servicios propios o de los aliados. En todo caso el listado de aliados se mantendrá actualizado en la página web en el vínculo donde se encuentra publicada la política de tratamiento.

Tratándose de un menor de edad, la autorización para el tratamiento de los datos deberá ser otorgada por su representante legal.

COMFENALCO ANTIOQUIA, en cumplimiento de su objeto social y de la Ley, en casos excepcionales requerirá información personal sensible de forma expresa, casos en los cuales el titular no estará obligado a dar su autorización.

Usted puede acceder en cualquier momento a los datos suministrados y solicitar su corrección, actualización o supresión en nuestras unidades y centros de servicios, en nuestra línea telefónica 444 71 10, en nuestra página web o a través del correo electrónico [protecciondedatos@comfenalcoantioquia.com.](mailto:protecciondedatos@comfenalcoantioquia.com)

Teniendo conocimiento del aviso de privacidad, autorizo de manera libre, expresa, voluntaria, y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados o en representación del menor de edad para que la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Antioquia realice el tratamiento de los mismos.

Para mayor información, debe dirigirse a cualquiera de nuestras Unidades, Centros de Servicios o comunicarse al Contact Center al 444 71 10 o a través de [www.comfenalcoantioquia.com](http://www.comfenalcoantioquia.com/)