

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.				

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 <input type="checkbox"/>										OBRA REALIZADA <input type="checkbox"/>		FIJO <input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/>					NO <input type="checkbox"/>		FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO)																																																																
							1 <input type="checkbox"/>					2 <input type="checkbox"/>					3 <input type="checkbox"/>					4 <input type="checkbox"/>					5 <input type="checkbox"/>					6 <input type="checkbox"/>					7 <input type="checkbox"/>					8 <input type="checkbox"/>					9 <input type="checkbox"/>					10 <input type="checkbox"/>					11 <input type="checkbox"/>					12 <input type="checkbox"/>					13 <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>									
NIT <input type="checkbox"/>		CC <input type="checkbox"/>		CE <input type="checkbox"/>		PA <input type="checkbox"/>		TI <input type="checkbox"/>		PE <input type="checkbox"/>		VI <input type="checkbox"/>		NOMBRE DEL EMPLEADOR		HORAS MENSUALES TRABAJADAS		FECHA DE INGRESO		SALARIO	
No.																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 <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>										

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				TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		GÉNERO		FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO					Estudia		PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	V.S.	P.E.	P.T.	F	M	I	AÑO	MES	DÍA	Hijo	Hijo de Compañero(a)	Padre	Madre	Hermano Húerfano de Padres	SI	NO	SI	NO

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

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.

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

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.
3. Es indispensable la firma y sello del empleador y la firma y el documento de identidad del trabajador.
4. 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.
3. Documentos enviados vía fax no son válidos.
4. 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, Prelcfes 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 afiliación 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 ENCUESTA!

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
13. No disponible

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
- (F) Femenino
- (I) Indeterminado

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

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>, 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.

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.

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

PARA LA AFILIACIÓN DE:	DOCUMENTACIÓN INDISPENSABLE PARA LA AFILIACIÓN	PARA RECIBIR LA CUOTA MONETARIA	PARA SERVICIOS SIN DERECHO A LA CUOTA	
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	
LOS HIJOS DEL TRABAJADOR:	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	
	* SOLTERO(A) *MATRIMONIALES	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	
	*EXTRAMATRIMONIALES	Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.	X	X
* HIJASTROS	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	
	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	
LOS HERMANO(S) HUÉRFANOS DE PADRES	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	
	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		
Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.	X	X		
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 multidisciplinares de las IPS asignadas por la Secretaría de Salud Distrital o Municipal.	X	X	