

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL TOLIMA
 NIT 800.211.025 - 1
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AFILIADO Y GRUPO FAMILIAR

Recuerde: es necesario llenar todos los espacios, sin enmendaduras, con información veraz, clara y en letra legible

1. Nuevo Trabajador	3. Tipo de Afiliado	Dependiente	Independiente	Empleado doméstico	4.Otro								
2. Reactivación		Pensionado	Fidelización 25 años	Ley de Veteranos									
DATOS DEL EMPLEADOR													
NIT o CC		Nombre o Razón Social											
Municipio		Teléfono		Dirección									
DATOS DEL TRABAJADOR													
Tipo de documento		CC	TI	CE	PA	PEP-PPT	Fecha de nacimiento	Fecha expedición documento					
Nº				DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA				
Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombre (s)							
Sexo	M	F	I	Orientación sexual	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Información No Disponible					
Estado Civil	1. SO	2. CA	3. VI	4. SE	5. UL	6. DI	Nivel de Estudio	Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Primera infancia	
Técnico/ Técnologo	Profesional universitario			Posgrado/ Maestría			Ninguna	Profesión					
Pertenencia étnica	Afrocolombiano		Comunidad negra		Indígena	Palenquero	Room / Gitano						
Raíz del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina							No se auto reconoce en ninguno de los anteriores						
Factor de vulnerabilidad	Desplazado		Víctima del conflicto armado (no desplazado)			Desmovilizado o reintegrado		Cabeza de familia					
Dannificado desastre natural	En condición de discapacidad		Hijo(a) de madre cabeza de familia			Ejercicio del trabajo sexual		Población migrante					
Población zona frontera (nacionales)	Hijo(a) de desmovilizados o reintegrados						No aplica						
Dirección	Barrio			Ciudad			Sector	U	R				
Teléfono Fijo	Celular			Correo Electrónico									
Fecha de ingreso a la empresa	Salario			Tipo de Contrato		Jornada laboral		Tiempo completo			Medio tiempo	Horas	
DD MM AAAA				Fijo	Indefinido								
Cargo	Trabaja en otra empresa			SI	NO	Salario	NIT	Razón Social					
DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)													
Tipo de documento		CC	TI	CE	PA	PEP-PPT	Fecha de nacimiento	Fecha expedición documento					
Nº				DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA				
Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombre (s)							
Sexo	M	F	I	Conviven?	Si	No	Dirección	Barrio					
Ciudad	Sector		U	R	Teléfono Fijo	Celular	Correo Electrónico						
Nivel de Estudio	Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Técnico/ Técnologo	Profesional universitario							
Posgrado/ Maestría	Ninguno	Profesión		Trabaja?	SI	NO	NIT						
Razón Social	Salario			Cargo	Recibe cuota monetaria			SI	NO				
DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Hijos, Padres o Hermanos)													
No. DOCUMENTO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO				DISCAPACIDAD	GENERO		FECHA DE NACIMIENTO	
					HIJO	HUASTRO	PADRE	HERMANO		MASCULINO	FENINIO	INDETERMINADO	AÑO
Bajo la gravedad de juramento, declaro que la información aquí suministrada es verdadera y completa. Autorizo a COMFATOLIMA a verificar por cualquier medio los datos relacionados, en caso de presentarse falsoedad aplique las sanciones determinadas por la Ley, de igual manera a realizar los cruces con otras CCF.													
AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES													
<p>ENTIDAD RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO. La Caja De Compensación Familiar del Tolima, NIT. 800.211.025-1 y domicilio en la Calle 69 Av. Ambalá No. 19-109, en Ibagué- Tolima, PBX: (8) 2708181 en adelante "COMFATOLIMA". AVISO DE PRIVACIDAD. Sr(a) Trabajador(a), COMFATOLIMA le informa que los documentos relacionados en la sección "Requisitos de Afiliación del Trabajador y su Grupo Familiar", son necesarios para tramitar su afiliación a la caja y se solicitan en cumplimiento de la Ley 21 de 1982, el Decreto Ley N° 019 de 2012 y demás normas aplicables.</p> <p>AUTORIZACIÓN. El/la Trabajador(a), con su firma, autoriza de forma libre, previa, expresa, explícita e informada a COMFATOLIMA, para que recopile, capture, almacene, organice, use, procese, suprima, anonimice, discrime, transmita y transfiera a terceros dentro y fuera del territorio nacional y en general realice tratamiento sobre sus datos personales y los de sus representados, incluido los datos sensibles, si los hubiera, para las siguientes finalidades: Adelantar el proceso de afiliación y registrar como afiliado a COMFATOLIMA; incorporar sus datos en el registro único de aportantes; desarrollar y administrar las actividades de subsidio en monetario y en especie, recreación social, deportes, turismo, centros recreativos y vacacionales; cultura, bibliotecas; vivienda; crédito, educación; atención de niñas, niños, adolescentes y personas de la tercera edad; mantener y actualizar nuestros registros respecto a su afiliación y participación en los programas ofrecidos por COMFATOLIMA; desarrollar nuevos productos y servicios orientados al afiliado y su grupo familiar; emitir certificados y constancias de su estado de afiliación; gestionar los procesos de cobranza y recuperación de cartera, directamente o a través de terceros contratados por COMFATOLIMA; envío y realización de encuestas de evaluación y satisfacción; Análisis de datos para conocer su grado de conformidad de los servicios ofrecidos o prestados; Dar respuesta a consultas, peticiones, quejas y reclamos; contactarle a través de llamadas telefónicas; enviar vía correo postal, SMS, MMS, correo electrónico, redes sociales o servicios de mensajería instantánea información relativa a la aprobación o rechazo de su afiliación a COMFATOLIMA; brindarle marketing relevante como ofertas personalizadas, promociones, etc., y en general enviaría publicidad de nuestros productos, servicios y eventos ofrecidos o prestados por Comfatolima; transferir sus datos personales a entidades aliadas nacionales y/o extranjeras. COMFATOLIMA podría recopilar datos sensibles como orientación sexual, pertenencia étnica y factor de vulnerabilidad, con el fin de generar estadísticas e informes, desarrollar estrategias que fomenten la inclusión y cumplir con los requerimientos de la Superintendencia del subsidio familiar. Usted tiene el derecho de decidir si proporciona o no los datos de carácter sensible. DERECHOS DE LOS TITULARES: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada (iv) Ser informado respecto del uso que se ha dado a los mismos (v) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (vi) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vii) Tendrá carácter facultativo las respuestas que versen sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes. Usted podrá ejercer sus derechos enviando un correo a privacidad@comfatolima.com.co o una comunicación escrita a la Calle 69 Av. Ambalá No. 19-109, Ibagué- Tolima, con el asunto: "Consulta o Reclamo Protección de Datos Personales". El Titular puede acceder a nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.comfatolima.com.co</p>													
Firma y CC Trabajador					Firma y sello recepción COMFATOLIMA:					Firma y sello revisado y Digitación:			
Firma del Empleador:										CÓDIGO: GP-FO-02 VERSIÓN: 11			

REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SUS BENEFICIARIOS AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR

Cónyuge

Casados: copia del registro de matrimonio y copia de la cédula de la esposa.

Unión libre: diligenciar el formato GP – FO-027 declaración juramentada y firmado por el trabajador.

Si tiene hijos extramatrimoniales y no convive con la madre de los menores: diligenciar el formato GP – FO-027 declaración juramentada en el punto número 4.

Nota: Siempre se debe relacionar la dirección de la madre de los menores y el número de celular en el apartado de observaciones.

Hijos Legítimos

De 0 meses a 6 años: registro civil.

De 7 a 11 años: registro civil y copia de tarjeta de identidad.

A partir de 12 años: registro civil, tarjeta de identidad, Si ya son mayores de edad, se reemplaza por la copia de la cédula.

Constancia de estudio original - Estudios universitarios o técnicos: constancia de estudio semestral.

Diligenciar el formato GP – FO-027 declaración juramentada relacionando a los menores.

Diligenciar el formato de declaración juramentada de cuota monetaria.

Hijastros / Hermanos Huérfanos de Padres

De 0 meses a 6 años: registro civil.

De 7 a 11 años: registro civil y copia de tarjeta de identidad.

A partir de 12 años: registro civil, tarjeta de identidad, Si ya son mayores de edad, se reemplaza por la copia de la cédula.

Constancia de estudio original - Estudios universitarios o técnicos: constancia de estudio semestral.

Custodia de la madre o padre a quien se otorga el cuidado del menor / Registros de defunción de los padres del menor.

Diligenciar el formato GP – FO-027 declaración juramentada relacionando a los menores.

Diligenciar el formato de declaración juramentada de cuota monetaria

Nota: Se realiza un análisis de la custodia para verificar a quién está a cargo el menor y la dependencia del trabajador con este.

Padres Mayores de 60 años

Copia de cédula del padre o madre (documentos legibles).

Formato GP – FO-027 declaración juramentada firmada por el trabajador y padre/madre.

Certificado de afiliación EPS que certifique que está en el núcleo familiar del trabajador, planilla de pago o Fosyga (si está en régimen subsidiado).

Diligenciar el formato de declaración juramentada de cuota monetaria.

Condiciones:

No ser pensionado.

No estar laborando.

No ser beneficiario de programas del estado.

No percibir ingresos.

Requisitos Especiales por Discapacidad

Aplica para hijos, hijastros, padres y hermanos Huérfanos de Padres que presenten discapacidad.

Certificado de discapacidad expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la Resolución 1239 de 2022.

- Se recuerda que las certificaciones de escolaridad para los beneficiarios de 12 años en adelante, se deben renovar a más tardar el 30 de marzo, quienes adelanten estudios universitarios, técnicos o por ciclos su renovación será en Marzo 30 y 30 de Agosto de cada año.
- En todos los casos cuando el hijo esté a cargo del padre, se debe adjuntar la custodia expedida por entidad competente
- Tienen derecho al subsidio familiar, los trabajadores cuya remuneración mensual fija o variable no sobrepase los cuatro (4) SMMLV; siempre y cuando laboren al menos noventa y seis (96) horas al mes y que sumados sus ingresos con los del cónyuge o compañero(a), no sobrepasen los seis (6) SMMLV, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 3 de la Ley 789/2002.
- Los padres o hermanos sólo pueden estar afiliados a CCF por un solo trabajador y en una sola a nivel nacional.
- En caso de fallecimiento del trabajador o beneficiario, las personas que perciban cuota monetaria deberán presentar el Registro civil de defunción para obtener el auxilio por fallecimiento
- ARTÍCULO 26 (Ley 21 de 1982) El subsidio se pagará al cónyuge a cuyo cargo esté la guarda y sostenimiento de los hijos. Si la guarda estuviere a cargo de ambos, se preferirá a las madres.
- Para la afiliación de los hermanos, estos deben ser huérfanos de padre y madre, depender económicamente y convivir con el trabajador.
- ARTÍCULO 6 (Ley 21 de 1982)..El derecho a la cuota correspondiente a un mes determinado, caduca al vencimiento del mes siguiente, en relación con los trabajadores beneficiarios que no hayan aportado las pruebas del caso, cuando el respectivo empleador haya pagado oportunamente los aportes de Ley.
- Informar a COMFATOLIMA de los hechos que determinen modificaciones o cambios en el salario dentro del mes que estos ocurrán

Recuerde... el subsidio familiar en dinero caduca con la no presentación de la documentación, así la empresa cancele oportunamente los aportes (art. 6 ley 21/82.)