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 domestico		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**
N°								DD MM AAAA	DD MM AAAA
Primer Apellido				**Segundo Apellido**				**Nombre (s)**	

Sexo	M	F	I	**Orientación sexual**	Heterosexual		Homosexual	Bisexual	Informacion 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/ Tecnólogo	Profesional universitario	Posgrado/ Maestría	Ninguna	**Profesión**				

Pertenencia étnica	Afrocolombiano	Comunidad negra	Indígena	Palenquero	Room / Gitano	
Raizal 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 reinsertado	Cabeza de familia	
Damnificado 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 reinsertados		No aplica		

Dirección	**Barrio**	**Ciudad**	**Sector**	U	R
Teléfono Fijo	**Celular**	**Correo Electrónico**			
Fecha de ingreso a la empresa DD MM AAAA	**Salario**	**Tipo de Contrato** Fijo_______ Indefinido _______	**Jornada laboral** Tiempo completo _____ Medio tiempo ____ Horas _____		
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**
N°						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/ Tecnólogo**	**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: HIJO	HIJASTRO	PADRE	HERMANO	DISCAPACIDAD	GENERO: MASCULINO	FENENINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: AÑO	MES	DÍA

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 falsedad aplique las sanciones determinadas por la Ley, de igual manera a realizar los cruces con otras CCF.

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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. **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, disocie, 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 registrarlo 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 enviarle 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

Firma y CC Trabajador	Firma y sello recepción COMFATOLIMA:	Firma y sello revisado y Digitación:
Firma del Empleador:		**CÓDIGO: GP-FO-02** **VERSIÓN: 11**

VIGILADO SuperSubsidio

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.

☐ 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.

☐ **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.

☐ **ARTÍCULO 6** (Ley 21 de 1982)..El derecho a la cuota correspondiente a un mes determinado, caduca al vencimiento del mes subsiguiente, 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.

☐ En todos los casos cuando el hijo esté a cargo del padre, se debe adjuntar la custodia expedida por entidad competente

☐ Los padres o hermanos sólo pueden esta r 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

☐ Para la afiliación de los hermanos, estos deben ser huérfanos de padre y madre, depender económicamente y convivir con el trabajador.

☐ Informar a COMFATOLIMA de los hechos que determinen modificaciones o cambios en el salario dentro del mes que estos ocurran

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.)

Mayores Informes: Avenida Ambalá Calle 69 No. 19-09 Ibagué. Tel. 608 2708181 Ext. 301 302 303 304 Celular 3137893675
Línea Gratuita de Atención al Usuario 01 8000 918204 - subsiddio@comfatolima.com.co www.comfatolima.com.co