

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones y el aviso de privacidad al respaldo

Los espacios sombreados son para el uso de la Caja

Inscripción del trabajador <input type="radio"/>	Inscripción representante legal <input type="radio"/>	Inscripción madres comunitarias <input type="radio"/>
Aumento personas a cargo <input type="radio"/>	Inscripción independiente <input type="radio"/>	Inscripción servicio doméstico <input type="radio"/>

Código empresa: _____ Razón social empresa: _____ NIT.: _____

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Documento CC TI CE PEP Número _____ Lugar de nacimiento _____ Fecha AAAA / MM / DD

1er. apellido _____ 2do. apellido _____ Nombre (s) _____

Sexo F M Estado civil _____ Dirección de residencia _____ Barrio _____

Teléfono _____ Celular _____ Correo electrónico _____

Estudios Ninguno <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Otro: _____	Tipo de afiliado Dependiente <input type="radio"/> Por fidelidad <input type="radio"/> Facultativo <input type="radio"/> Con exención <input type="radio"/> Voluntario <input type="radio"/>
Discapacidad Ninguno <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Cognitiva <input type="radio"/>	Cabeza de familia <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Centro de costos _____ / _____ / _____	

Fecha de ingreso a empresa AAAA / MM / DD Horas laborales en el mes _____ Sueldo básico y/o promedio _____

DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA (O)

Anexar certificación de sueldo de cónyuge o compañera (o)

Documento CC TI CE PEP Número _____ Lugar de nacimiento _____ Fecha AAAA / MM / DD

1er. apellido _____ 2do. apellido _____ Nombre (s) _____

Labora SI NO Salario _____ Empresa _____

Estudios Ninguno <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Otro: _____	Conviven <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
--	--

GRUPO FAMILIAR

(Leer instrucciones al respaldo)

IDENTIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR					PARENTESCO					DISCAPACIDAD	
Nombres y apellidos completos	Tipo de documento	Número documento	Fecha de nacimiento	sexo	Hijo(a)	Padre/madre	Hno.(a)	Hijastra(a)	Adoptivo	Física	Cognitiva
					<input type="radio"/>						
	<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PEP		AAAA / MM / DD	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/>						
	<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PEP		AAAA / MM / DD	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/>						
	<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PEP		AAAA / MM / DD	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/>						
	<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PEP		AAAA / MM / DD	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/>						
	<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PEP		AAAA / MM / DD	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/>						
	<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PEP		AAAA / MM / DD	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/>						
	<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PEP		AAAA / MM / DD	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	<input type="radio"/>						

Aviso de Privacidad y Autorización de tratamiento de datos por parte del Afiliado para acceder a beneficios y/o descuentos como Afiliado. Entiende el AFILIADO que el aviso de privacidad dispuesto en la parte posterior, informa sobre las finalidades y tratamientos que por disposición legal debe realizar esta Caja de Compensación en el marco de las obligaciones que derivan del sistema de compensación familiar.

El AFILIADO, mientras tenga tal calidad, a través de este aviso otorga su autorización expresa, informada e inequívoca para que esta Caja de Compensación remita información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario respecto de los servicios de Educación, Vivienda, Recreación, Salud, Turismo, Crédito, Deporte, Cultura, Empleo que oferta esta organización a los afiliados. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios esta Caja de Compensación podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. En aras de obtener mayor número de beneficios para los afiliados y beneficiarios es posible que esta organización celebre acuerdos comerciales con terceros como almacenes de cadena, establecimientos comerciales, establecimientos educativos, entre otros; caso en el cual estos deberán acceder a la información mencionada en esta cláusula para otorgarlos. Se informa que el pago de subsidios podrá realizarse a través de terceros. Es posible que esta organización y/o terceros mencionados para otorgar los descuentos y/o beneficios realicen consultas en bases de datos disponibles al público y en bases de datos de riesgo crediticio. El titular de los datos en cualquier momento podrá ejercer el derecho al Habeas Data a través de las facultades de conocer, actualizar, rectificar, oponerse y/o suprimir su información; para ello podrá remitir comunicación electrónica al siguiente correo: privacidad@comfamiliar.com.co o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: www.comfamiliar.com.co seleccionar política de privacidad o puede ser consultada en nuestra sede.

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC.

OBLIGACIONES QUE SE CONTRAEN

El trabajador se obliga con Comfamiliar, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, se le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la Caja, para la cual el trabajador lo autoriza, al firmar este documento. Para todos los efectos legales certifico que este formulario contiene una verdadera y completa información sobre los hijos, cónyuge o compañera(o), padres y hermanos.

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

El empleador se obliga con Comfamiliar, para que el evento que se produzca la terminación del contrato laboral con el trabajador beneficiario del subsidio y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la Caja.

TELÉFONO

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

RECIBIDO

AAAA / MM / DD

PARA TENER EN CUENTA

- Este formulario debe ser diligenciado por el trabajador que al estar afiliado a Comfamiliar Atlántico, necesita incluir otras personas a cargo, previo cumplimiento de los requisitos contemplados en la Ley 21 de 1982 y Ley 789 de 2002.
- Una vez diligenciado no debe presentar tachaduras, borrones o enmendaduras.
- En la casilla llamada Razón Social de la empresa, incluir el nombre de la sucursal donde labora.
- En los casos que el salario sea variable debido a comisiones, el valor que se anotará en la casilla debe ser el salario promedio.
- Todos los documentos necesarios para el trámite del subsidio deben ser entregados en original y copia legible para el proceso de escaneado. Estos documentos no serán devueltos en ningún caso.
- Si son insuficientes las casillas, continúe en otro formulario.
- Los certificados anexos deben ser no mayor a 3 meses expedidos.
- En caso de reclamo por su afiliación deberá presentar la copia de este formulario recibido por la Caja de Compensación.
- Es obligación el diligenciamiento de formato único de declaración bajo gravedad de juramento cuando los requisitos lo exijan.

REQUISITOS PARA TENER DERECHO AL SUBSIDIO FAMILIAR

DE LOS TRABAJADORES BENEFICIARIOS

Tiene derecho al Subsidio Familiar los trabajadores cuya remuneración mensual fija o variable no sobrepone el límite de cuatro (4) veces el salario mínimo legal mensual vigente, siempre y cuando laboren al menos 96 horas al mes; y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a), no sobrepasen los seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

DE LAS PERSONAS A CARGO

La Ley del subsidio considera personas a cargo de los trabajadores beneficiarios a los siguientes, siempre y cuando dependan económicamente de él.

- Los hijos legítimos, extramatrimoniales, adoptivos y los hijastros que no sobrepasan la edad de 18 años.
- Los hermanos huérfanos de padres (padre y madre) que no sobrepasen los 18 años de edad y que convivan y dependan económicamente del trabajador.
- Los padres del trabajador mayores de sesenta (60) años, siempre y cuando ninguno de los dos reciba salario, renta o pensión alguna y dependa económicamente del trabajador solicitante.
- En caso que los padres, hermanos huérfanos de padres y/o los hijos sean inválidos o de capacidad física disminuida, no se tendrá en cuenta la edad y recibirán doble cuota de subsidio.

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN REMITIR PARA LA INSCRIPCIÓN

a. Trabajador	Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
b. Cónyuge	Registro civil de matrimonio o diligenciamiento de formato único de declaración bajo gravedad de juramento y fotocopia de la cédula de ciudadanía. Para los cónyuges del mismo sexo y sus hijos, deben presentar los mismos requisitos. En caso de que la cónyuge labore, anexar certificado laboral con salario devengado.
c. Hijos legítimos, hijos extramatrimoniales	Registro Civil legible sin enmendaduras ni tachones donde aparezca el nombre de los padres para poder establecer el parentesco con NUIP de 10 dígitos numéricos y certificado de escolaridad para los beneficiarios a partir de 12 años de edad. En caso de NUIP alfanumérico anexar copia de la tarjeta de identidad.
d. Hijos adoptivos	Registro Civil legible sin enmendaduras ni tachones o copia de la sentencia del juez de menores que autorizó la adopción y certificado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años. En caso de NUIP alfanumérico anexar copia de la tarjeta de identidad.
e. Hijastros	Registro Civil legible sin enmendaduras ni tachones y certificado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años. Demostrar la unión marital de hecho durante un lapso no inferior de dos (2) años, en caso de que se tenga una sociedad conyugal anterior esta haya sido disuelta y liquidada por lo menos con un año de anterioridad al inicio de la misma. Lo anterior se debe demostrar con el diligenciamiento de Formato Único de Declaración Bajo Gravedad de Juramento. Anexar certificado expedido por la Caja de Compensación Familiar donde se encuentre afiliado el padre biológico del menor que no convive con él, donde conste que éste no recibe Subsidio Familiar en dinero por esa misma persona a cargo. En caso que el padre biológico haya fallecido, es necesario anexar el certificado de defunción del mismo expedido por autoridad competente. Prestación de custodia que debe ser expedida por la correspondiente entidad competente: ICBF, comisarías de familia, juzgado de familia. En ausencia de estos, las funciones le corresponden al inspector de policía.
f. Hermanos huérfanos de padres	Registro Civil legible sin enmendaduras ni tachones, partida de defunción del padre y madre, registro civil del trabajador, certificado de escolaridad para beneficiarios a partir de los 12 años, declaración de convivencia y dependencia económica a través del diligenciamiento del Formato Único de Declaración Bajo Gravedad de Juramento.
g. Padres a partir de 60 años	Fotocopia de la cédula de ciudadanía. Registro Civil legible sin enmendaduras ni tachones del trabajador o Partida de bautismo. Demostrar supervivencia de los padres y dependencia económica del trabajador beneficiario, a través del diligenciamiento del Formato Único de Declaración Bajo Gravedad de Juramento.
h. Limitado físicamente o discapacitado	Los padres, hijos y hermanos huérfanos de padres en cualquier edad, que se encuentren inválidos o tengan la capacidad física disminuida deben presentar certificación original de la EPS en que se encuentren afiliados o de la Junta Regional de Calificación de Invalidez en la que conste que la persona se encuentra impedida para laborar, en caso de que no estén afiliados al sistema de seguridad social. Estas personas a cargo recibirán doble cuota de Subsidio Familiar sin ninguna limitación en razón de su edad.

Aviso de privacidad: La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica al trabajador que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen de los diferentes subsidios a cargo de las Cajas de Compensación Familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de compensación familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de compensación familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera; los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación.

Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de compensación familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que la ley esta en capacidad de ofertar esta Caja de Compensación Familiar. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y así prevenir los fraudes que afectan al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos que gestiona como Caja de Compensación Familiar. En cumplimiento de las funciones delegadas a las Cajas de Compensación Familiar estas podrán tratar datos personales vinculados al régimen de fomento al empleo – FOSFEC.

En atención al principio de legalidad esta Caja de Compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de compensación familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PORSF´s, entre otras finalidades amparadas en un interés legítimo.

Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura.

Así mismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de compensación familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centro de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica u otros.

Así mismo para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registradora Civil, entre otros; y con otras Cajas de Compensación Familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley.

El trabajador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta Caja de Compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de compensación familiar.

Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: privacidad@comfamiliar.com.co o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 – 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el Habeas Data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley.

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C