

# FORMULARIO PARA INSCRIPCIÓN

## CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO QUINDÍO



**Comfenalco**  
Quindío

NIT. 890.000.381 - 0

### INDEPENDIENTES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		CÉDULA NÚMERO	FECHA NACIMIENTO		
				Anexe fotocopia	Día	Mes	Año
¿HA ESTADO AFILIADO A OTRA CAJA DE COMPENSACIÓN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ADJUNTE PAZ Y SALVO DE LA CAJA A DONDE ESTABA AFILIADO							
INGRESO BASE DE COTIZACIÓN		\$	CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA				
DIRECCIÓN RESIDENCIA			SECTOR		BARRIO	MUNICIPIO	TELÉFONO FIJO O CELULAR
			RURAL	URBANO			
E-MAIL:							
FONDO DE PENSIONES AL QUE ESTÁ AFILIADO		EPS:	USTED REALIZÓ APORTES DE:				
			CUOTA PORCENTAJE: 0,6% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/>		RESIDENTE EXTERIOR 0,6% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/>		
			MADRE SUSTITUTA 0,6% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/>		LEY RETORNO 0,6% <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/>		

SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN SEXUAL	INFORMACIÓN NO DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/>	HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/>	BISEXUAL <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	SOLTERO <input type="checkbox"/>	SEPARADO(A) <input type="checkbox"/>	VIUDO(A) <input type="checkbox"/>	¿TIENE VIVIENDA PROPIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	CASADO(A) <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>			
FACTOR DE VULNERABILIDAD	CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/>	HIJO(A) DE MADRE CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/>	EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/>		VÍCTIMA DEL CONFLICTO <input type="checkbox"/>	
	DESPLAZADO <input type="checkbox"/>	DESMOVILOZADO O REINSERTADO <input type="checkbox"/>	HIJO(A) DE DESMOVILOZADOS O REINSERTADOS <input type="checkbox"/>		POBLACIÓN MIGRANTE <input type="checkbox"/>	
	POBLACIÓN ZONAS FRONTERA <input type="checkbox"/>		DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL <input type="checkbox"/>		EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL <input type="checkbox"/>	
PERTENENCIA ÉTNICA	AFROCOLOMBIANO <input type="checkbox"/>	COMUNIDAD NEGRA <input type="checkbox"/>	INDÍGENA <input type="checkbox"/>	PALENQUERO <input type="checkbox"/>	RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA <input type="checkbox"/>	ROM / GITANO <input type="checkbox"/>
NIVEL DE ESCOLARIDAD	PREESCOLAR <input type="checkbox"/>	BÁSICA <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA <input type="checkbox"/>	MEDIA <input type="checkbox"/>	BÁSICA ADULTOS <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA ADULTOS <input type="checkbox"/>
	PRIMERA INFANCIA <input type="checkbox"/>	TÉCNICO / TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/>	PROFESIONAL UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>	POSGRADO / MAESTRÍA <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN TRABAJO	SECTOR	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			
	URBANO <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>					

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		CÉDULA NÚMERO	FECHA NACIMIENTO	
				Anexe fotocopia	Día	Mes
					Año	SEXO
					M	F
ESTUDIA <input type="checkbox"/>	EMPRESA DONDE TRABAJA			SALARIO		
TRABAJA <input type="checkbox"/>	OTRO _____			\$		

NOMBRES Y APELLIDOS DE BENEFICIARIOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	PARENTESCO					OCUPACIÓN				CÓDIGO DEL SERVICIO (Uso exclusivo de Comfenalco)	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	ÁREA GEOGRÁFICA						
		Día	Mes		Año	M	F	Cónyuge	Hijo	Padre	Madre	Hermano	Hijastro			LIMITADO FÍSICO Y/O MENTAL	Estudia	Trabaja	Pensionado	Jubilado	Otro	Urbana

#### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - AFILIACIÓN INDEPENDIENTES

El titular de la información autoriza el tratamiento de sus datos personales, a la Caja de Compensación Familiar de Fenalco COMFENALCO QUINDÍO, como Responsable de la información, para las siguientes finalidades: Afiliación de trabajadores y beneficiarios de su núcleo familiar al sistema de subsidio familiar. Validación de la información y documentos legales requeridos para la afiliación, actualización de datos, evaluar, mantener, mejorar y profundizar la información relativa a la afiliación y servicios de la Caja, realizar gestiones de cobro y recaudo de las obligaciones contraídas con la Caja, directamente o a través de terceros, presentación de informes a la Superintendencia del Subsidio Familiar y demás entidades de vigilancia y control, Cumplir con las disposiciones legales en materia de subsidio familiar y subsidio de vivienda en cualquiera de sus modalidades, así como cumplimiento de las funciones que por ley asignan a las cajas de compensación, Acceso a las diferentes modalidades de créditos que la Caja de Compensación tiene disponible para sus afiliados, Acceso a los diversos subsidios a los cuales tienen derechos las personas afiliadas y no afiliadas a la Caja, Prestar atención al público, conforme a los diferentes programas, proyectos o servicios que la Caja de Compensación desarrolle en cumplimiento de sus funciones legales o estatutarias, Prestación de servicios de subsidio familiar y de vivienda, que ofrece la caja de compensación, servicio de la agencia de gestión y colocación de empleo, atención familiar integral de recreación y atención psicológica, Promoción de eventos, programas y servicios de recreación, talleres culturales, atención en los servicios de salud en la adquisición de medicamentos, vigilancia de programas especiales de atención a la primera infancia, Apoyar a los buscadores de empleo a identificar su perfil ocupacional permitiéndoles encontrar ofertas laborales convenientes; y a los empleadores cubrir sus vacantes con trabajadores acordes a las necesidades requeridas, Validar el cumplimiento de los requisitos de aportes y vinculación activa a la Caja y si cumple de entregar la documentación que debe presentar para acceder al subsidio al desempleo, Prestación efectiva de servicios de recreación, culturales, así como prestación de las actividades relativas a vacaciones recreativas, gestión de actividades culturales y uso de los servicios de la biblioteca, oferta de cursos y programas deportivos, prestación de atención psicológica, Mejorar los niveles de conocimiento de los clientes, usuarios o afiliados a los cuales se preste servicios o establezca una relación comercial, con el fin de realizar segmentación de mercados, análisis de consumos o preferencias y evaluar la calidad de los productos y servicios, realizar contactos con el titular para el envío de mailing informativos, Gestionar trámites o requerimientos (quejas, reclamos, solicitudes), realizar encuestas de satisfacción y mejoras en la prestación de servicios, envío de publicidad relativa a los servicios que ofrece la Caja de Compensación, incluyendo el envío de información sobre eventos, novedades, promociones, publicidad y programas de fidelidad, mediante el uso de correo electrónico, correo postal, teléfono fijo, celular, fax, SMS, MSM, redes sociales o medios similares, Gestionar trámites o requerimientos (quejas, reclamos o solicitudes).

Usted no está obligado a responder preguntas relativas a datos personales sensibles, salvo que la ley exija el suministro de estas. Igualmente, cuando nos suministra datos personales de sus hijos, nos está suministrando autorización para el tratamiento de sus datos personales.

La información personal que nos suministra se utilizará solo para los fines autorizados por usted, y se encuentra almacenada en nuestros servidores, contando con todas las medidas de seguridad físicas, técnicas y administrativas para evitar su pérdida, adulteración, uso fraudulento o no adecuado. Usted nos autoriza la transmisión de datos personales para los proveedores que la Caja tiene para la efectiva prestación del servicio, en el marco de las finalidades descritas en la presente autorización.

El titular tiene derecho a conocer, actualizar y corregir sus datos personales, así mismo, podrá solicitar la supresión o revocar la autorización otorgada para su tratamiento.

En caso de un reclamo o consulta relativa a sus datos personales, puede realizarla a través del correo electrónico [habeeasdata@comfenalcoquindio.co](mailto:habeeasdata@comfenalcoquindio.co) o de manera presencial en nuestras instalaciones ubicadas en la calle 16 N° 15-22 en Armenia, Quindío.

Comfenalco Quindío cuenta con una política de Tratamiento de Datos Personales disponible en [www.comfenalcoquindio.com](http://www.comfenalcoquindio.com)

SÍ

NO

VICILADO SuperSubsidio

**Nota:** La información sobre la orientación sexual, factor de vulnerabilidad y pertenencia étnica no es obligatoria.

FIRMA \_\_\_\_\_ RECIBIDO COMFENALCO \_\_\_\_\_

**NOTA:**  
Diligencie todas las casillas en forma clara y lea detenidamente los requisitos que se detallan al respaldo.

# Afiliación de independientes



Se define como trabajador independiente toda persona natural que realiza una actividad económica y presta sus servicios de manera personal y por su cuenta, mediante contratos de carácter comercial o administrativo, distinto al laboral.

La Ley determina que todos los trabajadores independientes pueden afiliarse de manera voluntaria a una Caja de Compensación Familiar, siempre y cuando se encuentren activos como cotizantes en una Eps y en un fondo de Pensiones.



**Comfenalco**  
Quindío



## MODALIDAD DE AFILIACIÓN Y SERVICIOS

### NORMATIVIDAD:

Con aporte 0.6% Ley 789 de 2002 Artículo 19  
Con aporte 2% Ley 789 de 2002 Artículo 19, Parágrafo 1

### SERVICIOS:

Con aporte 0.6%

- Recreación y deportes
- Capacitación
- Turismo

Con aporte 2%

- Recreación y deportes
- Educación Formal y Capacitación Técnica e Informal
- Turismo
- Vivienda
- Cultura



**IMPORTANTE:**  
La afiliación como independiente no da lugar a los pagos de subsidio en dinero o cuota monetaria.

### NOVEDAD DEL RETIRO

La novedad de retiro como trabajador independiente deberá ser notificada por escrito y radicada en nuestro Centro de Servicios.  
El reportar oportunamente esta novedad evitará generar mora en el pago de la afiliación.

### Requisitos:

- Formulario de afiliación Independiente
- Copia del documento de identificación del titular
- Certificado de afiliación a salud y pensión (si aplica para pensión) o el último pago de planilla pila en calidad de independiente
- Formato de declaración de ingresos, expedido por la Caja de Compensación Familiar.
- Para el ingreso de beneficiarios, se deben anexar los documentos exigidos en la circular conjunta emitida por la Superintendencia del Subsidio Familiar



Informes:  
Área de Subsidio Familiar y Aportes

Teléfono:  
7417540

E-mail:  
afiliacionempresa@comfenalcoquindio.co  
www.comfenalcoquindio.com