

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO QUINDÍO
NIT. 890.000.381-0



NOTA: diligencie todas las casillas en forma clara, y lea detenidamente los requisitos al respaldo

INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO <input type="checkbox"/>	INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR SERVICIO DOMÉSTICO <input type="checkbox"/>	INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR SIN BENEFICIARIOS <input type="checkbox"/>	ADICIÓN DE PERSONAS A CARGO <input type="checkbox"/>
INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR VETERANO DEPENDIENTE en cumplimiento a la resolución 1881/2021 <input type="checkbox"/>			LEGALIZACIÓN APORTES <input type="checkbox"/>

CÓDIGO DE LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN DE LA EMPRESA											
CIUDAD	TEL. FIJO O CELULAR	E-Mail	NIT										
DATOS DEL TRABAJADOR		E-MAIL	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN SEXUAL HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/>	INFORMACIÓN NO DISPONIBLE <input type="checkbox"/>								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)		No. IDENTIFICACIÓN (ANEXAR FOTOCOPIA)									
FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	CASADO(A) <input type="checkbox"/>	SEPARADO(A) <input type="checkbox"/>	POSEE VIVIENDA PROPIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
SALARIO \$	FACTOR DE VULNERABILIDAD CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/> HIJO(A) DE MADRE CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/>	DESPLAZADO <input type="checkbox"/>	VÍCTIMA DEL CONFLICTO <input type="checkbox"/>	DESMOVILOZADO O REINSERTADO <input type="checkbox"/>	HIJO(A) DE DESMOVILOZADOS O REINSERTADOS <input type="checkbox"/>	POBLACIÓN MIGRANTE <input type="checkbox"/>	EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	POBLACIÓN ZONAS FRONTERA <input type="checkbox"/>	EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL <input type="checkbox"/>	DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL <input type="checkbox"/>			
DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL TRABAJADOR		SECTOR URBANO <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>	BARRIO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO								
DEPARTAMENTO DONDE LABORA		SECTOR URBANO <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>	MUNICIPIO	CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA									
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA AÑO MES DÍA	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	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"/>	MEDIA 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"/>

INFORMACIÓN DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA ACTUALMENTE				
NIT.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	HORAS AL MES TRABAJADAS	SALARIO MENSUAL: \$	CIUDAD

DATOS DE LA PERSONA QUE VA A RECIBIR LA CUOTA				
NOMBRE	No. DE IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CIUDAD	CELULAR

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)		
No. IDENTIFICACIÓN (ANEXAR FOTOCOPIA)	FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA	OCUPACIÓN ESTUDIA <input type="checkbox"/> TRABAJA <input type="checkbox"/> OTROS _____		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>
¿TRABAJA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA EL CÓNYUGE		SALARIO \$	RECIBE SUBSIDIO SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

RELACIÓN DE PERSONAS A CARGO															
TIPO	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS DE BENEFICIARIOS	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		PARENTESCO			MUNICIPIO DE RESIDENCIA	ÁREA GEOGRÁFICA		CÓDIGO DEL SERVICIO	SE RECIBE
			AÑO	MES	DÍA	F	M	HIJO	PADRES	HERMANO		HIJASTRO	Urbana		

OBSERVACIONES															

<p>AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</p> <p>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 Familiar 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 Familiar desarrolle en cumplimiento de sus funciones legales o estatutarias, prestación de servicios de subsidio familiar y de vivienda, que ofrece la Caja de Compensación Familiar, servicio de la Agencia de Gestión y Colocación de Empleo, Atención Familiar Integral, 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 Familiar, 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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>En caso de un reclamo o consulta relativa a sus datos personales, puede realizarla a través del correo electrónico habesadata@comfenalcoquindio.co o de manera presencial en nuestras instalaciones ubicadas en la calle 16 Nro. 15-22 en Armenia, Quindío.</p> <p>Comfenalco Quindío cuenta con una Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en www.comfenalcoquindio.com</p>	<p>SÍ <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
--	---

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

FIRMA DEL EMPLEADOR(A)	FIRMA DEL TRABAJADOR	RECIBIDO COMFENALCO
------------------------	----------------------	---------------------

SuperSubsidio

OBSERVACIONES GENERALES

- Diligenciar en su totalidad el formulario de afiliación
- Presentar el documento sin tachones o enmendaduras
- Firmas respectivas en el campo empresa y trabajador
- Adjuntar documentos de norma para el ingreso del trabajador y beneficiarios
- En caso de reingreso del trabajador, el formulario debe contener el nombre de los beneficiarios, diligenciado en su totalidad.

REQUISITOS

TRABAJADORES DEPENDIENTES

- Formulario de afiliación: ya sea en documento físico, digital o electrónico.
- Copia del documento de identidad del trabajador o el documento válido de identificación para extranjeros.

CÓNYUGE O COMPAÑERO/A PERMANENTE

- Copia del documento de identidad del/de la cónyuge o compañero/a permanente o documento válido de identificación para extranjeros.
- Registro civil de matrimonio o formato de declaración juramentada, expedido por el Ministerio del Trabajo, para el/la compañero/a permanente. No superior a un mes de expedición.
- En caso de que el/la cónyuge o compañero/a permanente labore, anexar certificado laboral con salario devengado.
- En caso de que el/la compañero/a permanente sea pensionado/a, anexar certificado de la mesada pensional.
- Para el/la cónyuge o compañero/a permanente del mismo sexo se deben presentar los mismos documentos.

NOTA: En caso de retirar a la persona que tiene relacionada como cónyuge o compañera(o) permanente se debe anexar documento en la que conste cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital del hecho o diligenciar formato establecido por el área de Subsidio Familiar y Aportes.

HIJOS

- Registro civil de nacimiento, legible (para acreditar parentesco).
- Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de 12 años de edad. Si cursa estudios universitarios podrá presentar recibo de pago con el sello de cancelación.
- Fotocopia de la tarjeta de identidad para beneficiarios a partir de los 7 años con fecha de nacimiento anterior al 2005.

HIJASTROS

- Registro civil de nacimiento, legible (para acreditar parentesco con el padre aportante).
- Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad. Si cursa estudios universitarios podrá presentar recibo de pago con el sello de cancelación.
- Certificado de la entidad promotora de salud - EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la custodia esté en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar.
- Declaración en el que conste que el padre o madre biológico/a no convive con el beneficiario, no recibe subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.
- En caso de que el padre biológico haya fallecido anexar registro civil de defunción.

NOTA: Para los hijos/hijastros mayores de 18 años y menores de 23 años, se deben presentar los mismos documentos

HERMANOS/AS HUÉRFANOS DE PADRES

- Registro civil de nacimiento del afiliado y del/de la hermano/a (para comprobar parentesco)
- Registro civil de defunción del padre y de la madre.
- Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad. Si cursa estudios universitarios podrá presentar recibo de pago con el sello de cancelación.
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo, donde conste la dependencia económica. Que no supere los 30 días de expedición.

NOTA: Para los hermanos mayores de 18 años y menores de 23 años, se debe presentar los mismos documentos.

PADRES

- Fotocopia del documento de identidad del padre y/o de la madre o el documento válido de identificación para extranjeros.
- Registro civil de nacimiento del trabajador (para acreditar parentesco).
- Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo donde se evidencie la dependencia económica y se declare que el padre y/o la madre no recibe/n pensión, salario ni renta. Que no supere los 30 días de expedición
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Para los padres menores de 60 años, se deben presentar los mismos documentos.

NOTA: Si el padre o la madre se encuentra/n afiliado/s al régimen subsidiado en salud, puede/n ser beneficiario/s del trabajador y recibir cuota monetaria. Los beneficiarios padres no pueden presentar multifiliación por otro hijo o cotizar al sistema de seguridad social en calidad de trabajador dependiente.

DISCAPACIDAD

El trabajador deberá acreditar la discapacidad de sus beneficiarios en los términos señalados por la circular única a excepción de los cónyuges sin importar su edad, que presenten capacidad mental disminuida que le impida trabajar. Para ello el trabajador debe demostrar la convivencia y dependencia económica de la persona a cargo con discapacidad, además de presentar constancia emitida por una entidad promotora de salud - EPS, o por una IPS de la red pública de salud, Decreto 1355 de 2008 y 4942 de 2009.