

NUEVA(S) PERSONA(S) A CARGO

No. \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENTIDAD PAGADORA**

NOMBRE DE LA ENTIDAD	NIT.
----------------------	------

**DATOS DEL FACULTATIVO O TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	T.I. C.C. C.E. P.A. P.E. VI		AÑO MES DÍA	F M

ESTADO CIVIL ACTUAL				NIVEL EDUCATIVO			
SOLTERO(A)	CASADO(A)	UNIÓN LIBRE	PRIM.COMPLETA	BTO. COMPLETO	TÉCNICO	UNIVERSITARIO	
SEPARADO(A)	DIVORCIADO(A)	VIUDO(A)	PRIM.INCOMPLETA	BTO. INCOMPLETO	TECNOLÓGICO	POSTGRADO	

ORIENTACIÓN SEXUAL:	HETEROSEXUAL	BISEXUAL	PERTENENCIA ÉTNICA:	AFROCOLOMBIANO	PALANQUERO	COMUNIDAD NEGRA	NO SE AUTO RECONOCE COMO NING.
	HOMOSEXUAL	INF NO DISPO		ROOM/GITANO	INDIGENA	RAIZAL SANANDRES	NO DISPONIBLE

**FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO)**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO DE RESIDENCIA	SECTOR URB <input type="checkbox"/> RUR <input type="checkbox"/>	TELÉFONO
-------------------------	-------------------------	----------------------	---	----------

TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	OCUPACIÓN	VIVE EN CASA PROPIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
------------------	--------------------	-----------	---

VALOR DEL INGRESO (I.B.C.)	FUENTE DE LOS INGRESOS	CATEGORÍA DEL APOORTE <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 0,6%
----------------------------	------------------------	--

Delaración: Bajo la gravedad de juramento, que los ingresos que genero son el resultado de la actividad, labor u oficio que desempeño, y autorizo su verificación ante cualquier persona natural, jurídica, privada o pública.	ACTUALMENTE ESTÁ AFILIADO A UNA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--	---

**DATOS DEL CONYUGE O COMPANERO (A) PERMANENTE**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	T.I. C.C. C.E. P.A. P.E. V.I.		AÑO MES DÍA	F M

TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
------------------	--------------------

NIVEL EDUCATIVO				OCUPACIÓN			
PRIM.COMPLETA	BTO. COMPLETO	TÉCNICO	UNIVERSITARIO	ESTUDIA	TRABAJA	INDEPENDIENTE	
PRIM.INCOMPLETA	BTO. INCOMPLETO	TECNOLÓGICO	POSTGRADO	AMA DE CASA	PENSIONADO		

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE (SIN DERECHO A CUOTA MONETARIA)**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN							NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO		FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO					DISCAPACITADO (S o NO)				
				R.C	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	P.E.	V.I.		F	M	AÑO	MES	DÍA	Hijo de compañero(a)	Padre o Madre	Hérmáno	Huérfano de	Hijo		Beneficiario con custodia			

EL PRESENTE DOCUMENTO PRESTA MÉRITO EJECUTIVO PARA EL COBRO DE LAS OBLIGACIONES QUE SE ENCUENTRAN EN EL MARCO LEGAL.  
 Autorizo al pagador \_\_\_\_\_ para que me sea descontado de mi salario básico el valor mensual correspondiente a la afiliación a COMFENALCO ANTIOQUIA; descuento que se realizará durante la vigencia del convenio.

OBSERVACIONES:

USO EXCLUSIVO DE INFORMACIÓN Y REGISTRO	FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD PAGADORA	FIRMA DEL TRABAJADOR - IDENTIFICACIÓN	RECIBIDO DE COMFENALCO
---	--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------

F4. 4.9.25-000-17

VIGILADO SuperSubsidio

# INSTRUCCIONES Y REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

- Diligenciar en letra imprenta o a máquina en color negro.
- Obligatoriamente llene todos los datos del formulario y adjunte todos los documentos que en su caso particular debe acreditar para tener derecho a los servicios de la Caja de Compensación Familiar (ver cuadro adjunto).
- Es indispensable la firma y cédula del facultativo o trabajador independiente y de la entidad agrupadora o de régimen especial en los casos que haya autorizado su deducción.

## CAUSALES DE RECHAZO Y DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte ningún campo por diligenciar, documento por adjuntar y su firma o firma de la entidad agrupadora o régimen especial.

- Si algo falta, no podremos recibirle el formulario, ni tramitarle su afiliación hasta que toda la información esté completa.
- Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos y serán devueltos inmediatamente.
- Documentos enviados vía fax no son válidos.
- Si la entidad agrupadora o de régimen especial no tiene vigente el convenio con la Caja de Compensación Familiar.

## ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL DERECHO COMO FACULTATIVO O TRABAJADOR INDEPENDIENTE

- Pertenecer a un régimen especial.
- Ser trabajador independiente, agrupado a través de un tercero.

## BENEFICIOS DE ACUERDO A SU APORTE:

Si su aporte equivale al 2% sobre el valor del ingreso tendrá derecho a los siguientes beneficios:

- Recreación
- Turismo
- Capacitación
- Educación
- Subsidio de vivienda de interés social, siempre y cuando no supere los 4 S.M.L.M.V por grupo familiar. De igual forma debe estar paz y salvo en el momento de la asignación de este Subsidio.

Si su aporte equivale al 0,6% sobre el valor del ingreso tendrá derecho a los siguientes beneficios:

- Recreación
- Turismo
- Capacitación

En ninguno de los casos aplica con derecho a la Cuota Monetaria ni Crédito Social, adicionalmente, la categoría de afiliación es B, según lo referido en el Decreto 827 de 2003, capítulo II, artículo 7.

## PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Si un Facultativo ya afiliado o trabajador independiente requiere afiliarse a un nuevo beneficiario(s), debe diligenciar sus datos y anexar la respectiva documentación, sin relacionar los beneficiario(s) ya afiliado(s). ( Ver requisitos cuadro adjunto).

Para mayor información, debe dirigirse a cualquiera de nuestros Centros de Servicios o comunicarse con nuestro Contact Center 4447110 o [www.comfenalcoantioquia.com](http://www.comfenalcoantioquia.com).

## AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar COMFENALCO ANTIOQUIA, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 14 y 15 del Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, cuenta con una Política de Tratamiento de datos personales, publicada en la página web <http://www.comfenalcoantioquia.com>, en la cual se encuentran previstas las finalidades para las cuales COMFENALCO ANTIOQUIA realiza el tratamiento de datos personales y se detalla la manera en que usted puede ejercer sus derechos.

Mediante su autorización, COMFENALCO ANTIOQUIA podrá realizar el tratamiento de la información a efectos de:

- Organizar y pagar el subsidio familiar en dinero y en especie.
- Prestar los servicios misionales de conformidad con la Ley.
- Suministrar información sobre ofertas y oportunidades relacionadas con los servicios y productos que ofrece COMFENALCO ANTIOQUIA o ajustes en los mismos.
- Realizar gestiones de cobranza.
- Realizar encuestas para el cumplimiento de los objetivos de la Caja de Compensación Familiar, evaluar la calidad del servicio y realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo y perfiles de afiliados y usuarios actuales o potenciales.
- Adelantar los procesos de selección del personal de COMFENALCO ANTIOQUIA y sus contratistas.
- Suministrar información a terceros aliados de la Caja, cuando resulte necesario para la ejecución, entrega o desarrollo de bienes o servicios propios o de los aliados. En todo caso el listado de aliados se mantendrá actualizado en la página web en el vínculo donde se encuentra publicada la política de tratamiento.

Tratándose de un menor de edad, la autorización para el tratamiento de los datos deberá ser otorgada por su representante legal.

COMFENALCO ANTIOQUIA, en cumplimiento de su objeto social y de la Ley, en casos excepcionales requerirá información personal sensible de forma expresa, casos en los cuales el titular no estará obligado a dar su autorización.

Usted puede acceder en cualquier momento a los datos suministrados y solicitar su corrección, actualización o supresión en nuestras unidades y centros de servicios, en nuestra línea telefónica 444 71 10, en nuestra página web o a través del correo electrónico [protecciondedatos@comfenalcoantioquia.com](mailto:protecciondedatos@comfenalcoantioquia.com).

Teniendo conocimiento del aviso de privacidad, autorizo de manera libre, expresa, voluntaria, y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados o en representación del menor de edad para que la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Antioquia realice el tratamiento de los mismos.

Para mayor información, debe dirigirse a cualquiera de nuestras Unidades, Centros de Servicios o comunicarse al Contact Center al 444 71 10 o a través de [www.comfenalcoantioquia.com](http://www.comfenalcoantioquia.com).

PARA AFILIAR A:	DOCUMENTACIÓN INDISPENSABLE PARA LA AFILIACIÓN
<b>FACULTATIVO O TRABAJADOR INDEPENDIENTE</b>	Fotocopia ampliada a media carta y legible del documento de identidad: Tarjeta de Identidad para menores de 18 años de edad, cédula de ciudadanía para mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros.  En caso de haber estado afiliado a otra Caja de Compensación Familiar, anexar certificado de paz y salvo.
<b>CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE</b>	Fotocopia ampliada a media carta y legible del documento de identidad: Tarjeta de Identidad para menores de 18 años de edad, cédula de ciudadanía para mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros.  Para cónyuge fotocopia del Registro Civil de Matrimonio, para compañero(a) permanente Declaración Juramentada formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Unión Libre.
<b>LOS HIJOS DEL TRABAJADOR:</b>  <b>* SOLTERO(A)</b>  <b>*MATRIMONIALES</b>  <b>*EXTRAMA-</b>	Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento para acreditar parentesco.  Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Tarjeta de Identidad para edades entre siete (7) y menores de dieciocho (18) años de edad, cédula de ciudadanía para los mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros.  Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
<b>* HIJASTROS</b>  <b>* HIJOS DE COMPAÑERO(A) PERMANENTE</b>	Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento para acreditar parentesco.  Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Tarjeta de Identidad para edades entre siete (7) y menores de dieciocho (18) años de edad, cédula de ciudadanía para los mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros.  Custodia de los beneficiarios expedida por autoridad competente.  Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
<b>LOS HERMANO(S) HUÉRFANOS DE PADRES</b>	Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento tanto del trabajador como de los hermanos, para acreditar parentesco.  Fotocopia del Registro Civil de Defunción de ambos padres.  Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Tarjeta de Identidad para edades entre siete (7) y menores de dieciocho (18) años de edad, cédula de ciudadanía para los mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros.  Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
<b>LOS PADRES MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD, NO JUBILADOS, NO PENSIONADOS, QUE NO RECIBAN SALARIO O RENTA</b>	Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento del trabajador, para acreditar parentesco.  Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Cédula de ciudadanía, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros.  Certificado de la E.P.S. donde conste el tipo de afiliación de los padres.  Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
<b>BENEFICIARIO EN CUSTODIA</b>	Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento para acreditar parentesco.  Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Tarjeta de Identidad para edades entre siete (7) y menores de dieciocho (18) años de edad, cédula de ciudadanía para los mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros.  Custodia de los beneficiarios expedida por autoridad competente.  Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
<b>LOS BENEFICIARIOS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SIN LÍMITE DE</b>	Para aquellas personas a cargo que aplican según la normatividad actual, la Resolución 113 de 2020 del ministerio de Salud y Protección Social, define que la expedición del Certificado de discapacidad ya no está a cargo de la EPS, éste será emitido sin costo alguno por equipos multidisciplinarios de las IPS asignadas por la Secretaria de Salud Distrital o Municipal.
<b>AFILIACIÓN EN OTRA CAJA DE COMPENSACIÓN</b>	Para aquellas personas que estuvieron afiliadas a otra caja de compensación en la misma región debe presentar Certificado de Paz y Salvo expedido por la Caja anterior.