



Sistemas Integrados de Gestión
INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O
PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

| |
|------------------|
| CÓDIGO: F-SU-008 |
| VERSIÓN:10 |
| FECHA:19/07/2022 |

NUEVA (S) NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO TRASLADO SERVICIO DOMÉSTICO Veteranos de la Fuerza Pública

| DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|----------|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR | TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT C.C. C.E. PEP/PPT | No. DE IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO |

| DATOS DEL TRABAJADOR | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. T.I. C.E. PEP/PPT PAS | | No. DE IDENTIFICACIÓN | | FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA | | |
| PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | | | | | | | | | |
| FECHA ING. EMPRESA AÑO MES DÍA | | SALARIO BÁSICO MENSUAL | | No. DE HORAS TRAB. EN EL MES | PROFESIÓN | | CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA | | NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio) | | |
| DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR | | | | BARRIO | | | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | | UBICACIÓN GEOGRÁFICA URBANO RURAL | | |
| TELÉFONO DEL TRABAJADOR | | CELULAR 1 | | CELULAR 2 | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | |
| DIRECCIÓN DONDE LABORA | | | | MUNICIPIO DONDE LABORA | | | UBICACIÓN GEOGRÁFICA URBANO RURAL | | VIVE EN CASA PROPIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| GÉNERO HOMBRE MUJER INDETERMINADO | | ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Información no disponible <input type="checkbox"/> | | | ESTADO CIVIL: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| NIVEL DE ESCOLARIDAD: Preescolar <input type="checkbox"/> Primera Infancia <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Técnico/Tecnológico <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Profesional Universitario <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Posgrado/Maestría <input type="checkbox"/> Básica adultos <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Secundaria adultos <input type="checkbox"/> Información no disponible <input type="checkbox"/> Media adultos <input type="checkbox"/> | | | | FACTOR DE VULNERABILIDAD: Desplazado <input type="checkbox"/> Hijo (as) de madres cabeza de familia <input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado (No desplazado) <input type="checkbox"/> En condición de discapacidad <input type="checkbox"/> Desmovilizado o reinsertado <input type="checkbox"/> Población migrante <input type="checkbox"/> Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados <input type="checkbox"/> Población zonas frontera (Nacionales) <input type="checkbox"/> Damnificado desastre natural <input type="checkbox"/> Ejercicio del trabajo sexual <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> No aplica <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"/> Room/gitano <input type="checkbox"/> No se auto reconoce en ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> | | | |

| ¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? | | | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|--|----------------------------|------------------|---------|---------------------------------------------------------|
| NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> | NOMBRE DEL EMPLEADOR | | | HORAS MENSUALES TRABAJADAS | FECHA DE INGRESO | SALARIO | |
| No. | | | | | AÑO MES DÍA | | |
| NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> | NOMBRE DEL EMPLEADOR | | | HORAS MENSUALES TRABAJADAS | FECHA DE INGRESO | SALARIO | |
| No. | | | | | AÑO MES DÍA | | |

| DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE) | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------|--|-------------------------|-----------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--|
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. T.I. C.E. PEP/PPT PAS | | No. DE IDENTIFICACIÓN | | FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA | | |
| PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | | | | | | | | | |
| GÉNERO HOMBRE MUJER INDETERMINADO | | DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | | | BARRIO | | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | | UBICACIÓN GEOGRÁFICA URBANO RURAL | | |
| TELÉFONO Y/O CELULAR | | | | NIVEL DE ESCOLARIDAD | | | OCUPACIÓN ESTUDIA <input type="checkbox"/> TRABAJA <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> | | | | |
| NOMBRE DE LA EMPRESA | | | SALARIO MENSUAL | | EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR? | | | | |

| PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR | | | RECEPCIÓN DOCUMENTOS | | |
|----------------------------------|--|---------------|----------------------|--|--|
| OBSERVACIONES: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| REVISADO POR: | | DIGITADO POR: | FECHA: | | |

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR)

Incluya todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | GÉNERO | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | PARENTESCO | | | | UBICACIÓN GEOGRÁFICA | | | | | | |
|-----------------|------------------|---------------|----------------|----------------------------------|--------|-----|-----|-----|-----|--------------------------|--------|----------|-----------|---------------------|-----|-----|------------|-----|--------|----------|----------------------|-----------|-----------------|---------------|----|----|--------|
| | | | | R. | C.T.I. | C.C | C.E | P.A | PEP | | PEP | FEMENINO | MASCULINO | INDETERMINADO | AÑO | MES | DÍA | HUO | PADRES | HIJASTRO | HERMANOS | HUERFANOS | ANCOS DE PADRES | DISCAPACITADO | SI | NO | URBANO |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar. - COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, ac vidad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las ac vidades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compar rá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.
- b. Para ac vidades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interins tucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compar rá mi información personal.
- c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadís cos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil rela va al registro civil; (ii) financiera y credi cia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, ex nción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la u lización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUA.F.
- d. Para compar r mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legi mas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.
- e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

Aviladeguis

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

OBSERVACIONES:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso particular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.
6. Diligenciar formato de autorización pago cuota monetaria (si es nuevo trabajador y beneficiario de cuota monetaria)
7. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.

1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportar la novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de marzo de cada año.
8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfasesar.

PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfasesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

● TRABAJADOR

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía. (Si es por primera vez)
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.

● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Registro Civil de Matrimonio o Formato declaración juramentada establecida por el Ministerio de Trabajo (Se encuentra en la página Web www.comfasesar.com)
- En caso de que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

● HIJOS

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal- NUIP es alfanumérico, la caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Registro civil de los niños con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez).
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada. (Se encuentra en la Página Web www.comfasesar.com)
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar certificado de discapacidad de acuerdo con las directrices expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad de haga sus veces (Resolución 113 de 2020).
- Presentar la constancia de trabajo del cónyuge (si este labora).
Nota: A partir de los doce años se debe presentar certificado de estudio emitido por la institución educativa debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del período lectivo correspondiente.

● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. (Si es por primera vez)
- Registro civil de nacimiento del trabajador con parentesco que incluyan número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta ni pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación y se evidencie la dependencia económica. Este formato debe estar firmado por el trabajador y los padre(s) (Se encuentra en la página Web www.comfasesar.com)
- Certificado de la EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Si tiene padres inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.
Nota: Para los padres menores de 60 años en condición de discapacidad se deben presentar los mismos documentos.

● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador y/o madre o documento válido de identificación para extranjero.
- Copia de documento de identidad de la madre y/o padre biológico (a).
- Registro civil del beneficiario con parentesco.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Certificado de la entidad promotora de salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o la custodia en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- En caso que el padre y/o madre biológico este fallecido debe anexar registro de defunción.

● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a) que incluya el número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Registro civil de defunción del padre y madre.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si el o los hermanos tienen condición de discapacidad, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas, por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

DERECHOS

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley.
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

DEBERES

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación.
2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.
3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.
4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.
5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que determinen modificaciones en el pago de la cuota monetaria.
6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.
7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.
8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.
9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.
10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.
11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.