

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

NUEVA (S) NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO TRASLADO SERVICIO DOMÉSTICO

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN					No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
	NIT	C.C.	C.E.	PEP	PAS		

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		No. DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO										
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			C.C.	T.I.	C.E.	PEP	PAS	AÑO	MES	DÍA							
FECHA ING. EMPRESA		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)									
AÑO		MES		DÍA															
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			VIVE EN CASA PROPIA:									
							URBANO			RURAL									
										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
GÉNERO		ORIENTACIÓN SEXUAL:				ESTADO CIVIL:													
HOMBRE	MUJER	INDETERMINADO		Heterosexual	<input type="checkbox"/>	Homosexual	<input type="checkbox"/>	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"/>
				Bisexual	<input type="checkbox"/>	Información no disponible		<input type="checkbox"/>											
NIVEL DE ESCOLARIDAD:				FACTOR DE VULNERABILIDAD				PERTENENCIA ÉTNICA:											
Preescolar	<input type="checkbox"/>	Primera Infancia		<input type="checkbox"/>	Desplazado	<input type="checkbox"/>	Hijo (as) de madres cabeza de familia	<input type="checkbox"/>	Afrocolombiano	<input type="checkbox"/>									
Básica	<input type="checkbox"/>	Técnico/Tecnológico		<input type="checkbox"/>	Víctima del conflicto armado (No desplazado)	<input type="checkbox"/>	En condición de discapacidad	<input type="checkbox"/>	Comunidad negra	<input type="checkbox"/>									
Secundaria	<input type="checkbox"/>	Profesional Universitario		<input type="checkbox"/>	Desmovilizado o reinsertado	<input type="checkbox"/>	Población migrante	<input type="checkbox"/>	Indígena	<input type="checkbox"/>									
Media	<input type="checkbox"/>	Posgrado/Maestría		<input type="checkbox"/>	Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados	<input type="checkbox"/>	Población zonas frontera (Nacionales)	<input type="checkbox"/>	Palenquero	<input type="checkbox"/>									
Básica adultos	<input type="checkbox"/>	Ninguna		<input type="checkbox"/>	Damnificado desastre natural	<input type="checkbox"/>	Ejercicio del trabajo sexual	<input type="checkbox"/>	Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	<input type="checkbox"/>									
Secundaria adultos	<input type="checkbox"/>	Información no disponible		<input type="checkbox"/>	Cabeza de familia	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>	Room/gitano	<input type="checkbox"/>									
Media adultos	<input type="checkbox"/>											No se auto reconoce en ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>						

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE?

SI NO

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 DIA	
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 DIA	

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		No. DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO			
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			C.C.	T.I.	C.E.	PEP	PAS	AÑO	MES	DÍA
GÉNERO		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			BARRIO		MUNICIPIO DE RESIDENCIA			UBICACIÓN GEOGRÁFICA		
HOMBRE	MUJER	INDETERMINADO								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		POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?				
						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						

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): Relacione 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				DISCAPACITADO		UBICACIÓN GEOGRÁFICA				
				R	C	T	J	C	C	E		P	A	P	E	P	F	M	I	I	H	P	H	H	H	H	S	N

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, actividad 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 actividades propias de su objeto social principal y conexas, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.
- b. Para actividades 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 interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.
- c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, 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 relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.
- d. Para compartir 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 legítimas 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

AviladreguB.

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)

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.
 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.
 6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
- Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfasesar, para cualquier afiliación, en cumplimiento de la Resolución 001040 del 14 de junio de 2012.

TODA AFILIACION PARA SERVICIOS DEBE ESTAR SOPORTADA POR:

Fotocopia de la cédula del trabajador, del cónyuge o compañero (a) permanente. (Si es por primera vez)

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

● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del cónyuge. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Registro Civil de Matrimonio
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, certificando convivencia con el trabajador. (Se encuentra en la página Web www.comfasesar.com)

● HIJOS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
 - Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. (Para el reporte a entidades gubernamentales que lo requieran)
 - Registro civil de los niños con parentesco (que diga el nombre de los padres). (Si es por primera vez)
 - Fotocopia de la cédula de ambos padres de los niños a afiliarse, si es fallecido y el número de cédula no aparece en el registro civil, presentar la constancia de defunción. (Si es por primera vez o la Caja la solicita.)
 - Si el trabajador es hombre, la madre de los niños debe tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, , certificando convivencia y dependencia económica. (Se encuentra en la Página Web www.comfasesar.com)
 - Si tiene hijos inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar certificado de discapacidad expedida por un médico autorizado por la respectiva EPS, indicado el tipo de discapacidad.
 - Presentar la constancia de trabajo del cónyuge (si este labora).
- NOTA: A partir de los doce años se debe presentar la constancia de estudio de los niños afiliados y posteriormente todos los 10 de marzo de cada año para que no se le suspenda el pago de la cuota

● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia de la cédula del trabajador. (Si es por primera vez)
- Registro civil o partida de bautismo del trabajador con parentesco. (Si es por primera vez)
- Copia de la cédula del padre o madre que vaya a afiliarse. (Si es por primera vez)
- Si tiene padres inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar certificado de discapacidad expedida por un médico autorizado por la respectiva EPS, indicado el tipo de discapacidad, donde éste certifique que la incapacidad le impide trabajar.
- 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. (Se encuentra en la página Web www.comfasesar.com)

● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia de la cédula del trabajador. (Si es por primera vez)
- Copia de la cédula del padre biológico y madre. (Si es por primera vez)
- Registro civil del niño con parentesco del trabajador, es decir que diga el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tarjeta de Identidad a partir de los 7 años. (Para el reporte a entidades gubernamentales que lo requieran)
- Custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente. (ICBF, Comisaría de Familia, Juzgado de Familia o inspector de Policía, en ausencia de los anteriores.)
- Renovación anual de custodia (Constancia que es el último documento válido o vigente por la entidad que lo emite)
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, certificando convivencia y dependencia económica. (Se encuentra en la página Web www.comfasesar.com) debe ser firmado por la madre y Registro Civil de Matrimonio
- Registro de defunción del padre o madre si es fallecido. (Si es por primera vez). O informar, y la Caja solicita directamente esta información.
- Constancia de estudio a partir de los 12 años.
- Constancia laboral del cónyuge.

● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil del trabajador que incluya el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Registro civil del hermano que incluya el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años (Para el reporte a entidades gubernamentales que lo requieran), o copia de la cédula si es discapacitado mayor de edad.
- Certificación escolar a partir de los 12 años
- Para la afiliación de hermanos se realiza visita de trabajo social para determinar dependencia y convivencia económica con el trabajador. Para los que residen fuera del área de influencia de la
- Caja presentar declaración juramentada indicando la dependencia económica y convivencia con el hermano.
- Registro de defunción de ambos padres. (Si es por primera vez)
- Si tiene hermanos inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar certificado de discapacidad expedida por un médico autorizado por la respectiva EPS, indicado el tipo de discapacidad.

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.