



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA COMFENALCO
 NIT. 890.700.148-4
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, COLOMBIANOS EN EL EXTERIOR
SE DEBE DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN AL RESPALDO DE ESTE FORMULARIO

INDEPENDIENTE PENSIONADO COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR

Código: FO-SUB
 Fecha: Agosto 2023
 Versión: 13
 S.G.C.

INFORMACIÓN TRABAJADOR

1. Tipo documento identidad: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>					
2. No. documento identidad:	3. Lugar de expedición:	4. Fecha de expedición (dd/mm/aaaa):	5. Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro: _____	6. Orientación sexual: Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Otro: _____	
7. Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:		Segundo nombre:	
8. Contacto telefónico:	9. Discapacidad: <input type="checkbox"/> Tipo: _____	10. Correo electrónico:		11. Tipo de vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>	
12. Dirección residencia:	13. Barrio:	14. Municipio:	15. Departamento:	16. Sector: Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
17. Lugar de nacimiento:	18. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	19. Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>			
20. Nivel escolaridad: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otros: _____		21. Pasatiempos:		22. Deportes que prefiere:	

INFORMACIÓN SECUNDARIA OPCIONAL (Datos solicitados por disposición Superintendencia de Subsidio Familiar)

23. Ocupación: Técnico <input type="checkbox"/> Empleado oficina <input type="checkbox"/> Operario <input type="checkbox"/> Servicios y vendedores <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál: _____		24. Pertenencia étnica: Comunicad negra <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Resguardo <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Otros: _____			
25. Condición de vulnerabilidad: Desplazado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Desmovilizado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál: _____					

INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

26. Tipo documento identidad: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>					
27. No. documento identidad:	28. Lugar de expedición:	29. Fecha de expedición (dd/mm/aaaa):	30. Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro: _____		
31. Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:		Segundo nombre:	
32. No. Celular:	46. Discapacidad: <input type="checkbox"/>	33. Correo electrónico:		34. Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero(a) <input type="checkbox"/>	
35. Trabaja: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	36. Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aaaa):	37. Recibe Subsidio por parte de otra Caja de Compensación: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuál: _____			

38. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Tipo y No. Documento Identidad	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha nacimiento (d/m/aa)	Discapacidad Sí NO	Parentesco (Hijo, Hijastro, Madre, Padre, Hermano, Dependiente por custodia)

INFORMACIÓN EXCLUSIVA INDEPENDIENTES

39. Subactividad económica:	40. Total patrimonio: \$	41. Ingreso promedio mensual: \$	42. Porcentaje de aporte 2% <input type="checkbox"/> 0.6% <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	---

INFORMACIÓN EXCLUSIVA PENSIONADOS

43. Ingresos mesada: \$	44. Tipo de cotización pensionado: Aporte 2% <input type="checkbox"/> 25 años o más (Fidelidad) <input type="checkbox"/> Aporte 0,6% <input type="checkbox"/> Régimen 1.5 SMMLV <input type="checkbox"/>
----------------------------	---

INFORMACIÓN COLOMBIANOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR




45. Primer período de Aportes: Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/>
--

Observaciones Comfenalco Tolima:

Acepto cancelar como Independiente / Pensionado ó Colombiano Residente en el Exterior los aportes a Caja de Compensación, simultáneos a los demás que exija la legislación colombiana; declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí suministrada es verídica y ha sido revisada por la empresa y trabajador, autorizo a COMFENALCO TOLIMA para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por Ley, así como autorizo que se realicen los cruces correspondientes con otras Cajas para verificación de la información y pago de subsidio.

IMPORTANTE: PARA CULMINAR EL PROCESO DE AFILIACIÓN POR FAVOR DILIGENCIAR AL RESPALDO DE ESTE FORMULARIO:
 1. TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
 2. EN CASO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA

Firma y CC TRABAJADOR	Firma y sello COMFENALCO TOLIMA
-----------------------	---------------------------------

  	<h2 style="margin: 0;">DECLARACIÓN JURAMENTADA</h2>		Fecha de Solicitud			
			Año:	Mes:	Día:	Ciudad/Municipio:
Yo Identificado(a): CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Número: _____						
MOTIVO DE LA DECLARACIÓN						
Marque con una X el motivo de la declaración:						
1. Convivencia y dependencia económica <input type="checkbox"/>		2. Unión marital de hecho / Unión libre <input type="checkbox"/>		3. Padres o hermanos huérfanos de padres <input type="checkbox"/>		4. Otros <input type="checkbox"/>
Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.						
1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA						
A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a).						
Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario	
	CC	Número				
2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)						
A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañero(a) permanente.						
Declaro que el(la) Señor(a): _____ Identificado(a) con el tipo de documento: _____ Número: _____ Es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace: _____ años _____ meses.						
Además el(la) Señor(a) actualmente se desempeña como: Dependiente: _____ Independiente: _____ Pensionado(a): _____ Estudiante: _____ No labora: _____						
3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)						
A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a)(s) huérfano(a)(s) de padres relacionado(a)(s) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a)(s) a otra Caja de Compensación Familiar, y me comprometo a dar cumplimiento al artículo 37 de la ley 21 de 1982 en lo que respecta a reportar a Comfenalco cualquier hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio monetario (nacimientos, muertes, termino de convivencia, pensión, etc) dentro del mes en que cualquiera de dichos eventos ocurra.						
Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario	
	CC	Número				
4. OTROS						
Declaro que conozco la ubicación del(la) Señor(a): _____ Identifico con: _____ Padre/madre biológico(a) del menor: _____ Identifico con: _____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral.						
NOTA: La fecha de diligenciamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta (30) días y deberá ser firmada por el(la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las Cajas de Compensación Familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas, en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso, de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la(s) persona(s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.						
Firma del declarante: Documento identidad:			Observaciones: 			



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA COMFENALCO
NIT. 890.700.148-4
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, COLOMBIANOS EN EL EXTERIOR

REQUISITOS AFILIACIÓN TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

- * Una fotocopia del Documento de Identidad al 150% legible.
- * Certificado de la Caja de Compensación Comfatolima de no afiliación.
- * Carta solicitud de afiliación.

Nota: Pago de aportes debe realizarlo por PILA mes vencido

Aporte 2%: Tiene derecho a todos los servicios, con excepción de Subsidio Monetario.
Aporte 0,6%: Únicamente tendrán acceso a servicios de Recreación, Turismo y Capacitación.

- El Trabajador Independiente debe realizar los aportes sobre el Ingreso Base de cotización al Sistema de Seguridad Social a través de PILA a los dos Regímenes Salud y Caja de Compensación en forma simultánea (Artículo 19, Ley 789 de 2002).

- **Es de anotar que el Independiente no tiene derecho a subsidio en dinero de acuerdo con lo establecido en la Ley 789 de 2002.**

IMPORTANTE:

1. En caso de no desear continuar afiliado, favor enviar una comunicación escrita informando su voluntad de retiro, para ello es importante estar al día en el pago de aportes. Si esta comunicación no es enviada oportunamente, se cobrarán los aportes dejados de cancelar hasta el mes en que se reciba dicha comunicación.
2. En caso de mora por dos meses consecutivos será desafiliado por mora reincidente.
3. Podrá reclamar su Tarjeta Verde en el Edificio Sede de Comfenalco, ubicado en Ibagué, Cra. 5 Cll. 37 Esquina, 5 días después de la Afiliación (Trabajadores que se afilian por primera vez).

REQUISITOS AFILIACIÓN TRABAJADOR PENSIONADO:

- * Una fotocopia del Documento de Identidad al 150% legible.
- * Certificado de la Caja de Compensación Comfatolima de no afiliación.
- * Último desprendible mesada pensional.
- * Carta solicitud de afiliación.

Aporte 2%: Tiene derecho a todos los servicios, con excepción de Subsidio Monetario.

El Pensionado debe realizar el pago de aporte durante los primeros cinco (05) días de cada mes en la Tesorería de la Caja. En caso de mora por dos meses consecutivos será desafiliado por mora reincidente. También puede cancelar los Aportes consignando en cuenta Banco Davivienda No. 166100004562 y enviando copia de la consignación al correo seccionaportes@comfenalco.com.co

Pensionado por Fidelidad: Pensionado con 25 años o más cotizados al Sistema de Cajas de Compensación, tienen derecho a los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo, exceptuando el Subsidio Monetario, sin tener que efectuar pago alguno por concepto de aportes mensuales.

Pensionado con menos de 1.5 SMLMV: Únicamente tiene derecho a los servicios de Recreación, Deportes y Cultura. No tiene derecho a Subsidio Monetario. Solo podrá afiliarse a Comfenalco Tolima, si esta fue la última Caja a la que estuvo vinculado durante su actividad laboral, no debe pagar aportes mensuales.

Pensionado con aportes 0,6%: Depende del ingreso tiene derecho a Servicios así:

Mesada inferior a 1,5 SMMLV: Recreación, Cultura, Turismo, Capacitación.

Mesada superior a 1,5% SMMLV: Recreación, Capacitación y Turismo.

NOTA: Pensionados que no cancelan aportes mensuales, al tomar servicios a los que tienen derecho, deben cancelar el servicio de acuerdo a la tarifa que corresponda. En el caso que tomen un servicio que no está contemplado dentro de aquellos a que tienen derecho según el tipo de afiliación, deben pagar el 2% de aportes mensuales y además el valor del servicio de acuerdo a la categoría.

IMPORTANTE:

1. En caso de no desear continuar afiliado, favor enviar una comunicación escrita informando su voluntad de retiro, para ello es importante estar al día en el pago de aportes. Si esta comunicación no es enviada oportunamente, se cobrarán los aportes dejados de cancelar hasta el mes en que se reciba dicha comunicación.
2. Para el caso de los Afiliados que pagan aporte, en caso de mora por dos meses consecutivos sin realizar el pago, serán desafiliado por mora reincidente.
3. Podrá reclamar su Tarjeta Verde en el Edificio Sede de Comfenalco, ubicado en Ibagué, Cra. 5 Cll. 37 Esquina, 5 días después de la Afiliación (Trabajadores que se afilian por primera vez).
4. Para dar cumplimiento al Decreto 867 de 2014, el Pensionado deberá anualmente actualizar la información correspondiente a la mesada pensional que se encuentren percibiendo.
5. Si está interesado en cambiar de modalidad de afiliación, deberá manifestar su intención por escrito para que el traslado pueda validarse correctamente.
6. Afiliado por 25 años o más, deberá anexar la resolución de pensión que detalle el número de semanas cotizadas al sistema.

REQUISITOS AFILIACIÓN COLOMBIANOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR:

- * Una fotocopia del Documento de Identidad al 150% legible.
- * Certificado de pago por planilla única PILA, donde figure el pago a Caja de Compensación.
- * Certificado de Supervivencia expedido por la representación consular en el exterior que debe ser renovable cada 6 meses.

Aporte 2%: Sobre el IBC declarado, que en todo caso no debe ser inferior a 2 SMMLV.

IMPORTANTE:

1. La afiliación se dará por terminada al retorno del afiliado al país, para lo cual debe dar aviso mediante comunicación escrita.
2. En caso de mora por dos meses consecutivos será desafiliado por mora reincidente.

Ibagué, _____ de 20_____

Señores
COMFENALCO TOLIMA
Departamento de Subsidio y Aportes
IBAGUÉ - TOLIMA

Asunto: Solicitud de afiliación a Caja de Compensación Familiar

Cordial saludo,

En mi calidad de Trabajador Independiente ó Pensionado

SOLICITO realizar mi afiliación a la Caja de Compensación Familiar COMFENALCO TOLIMA.

Datos personales:

Nombres y Apellidos: _____

Documento de Identidad (Tipo y Número): _____

Domicilio: _____

Ciudad y Departamento: _____

Lugar donde se causan los salarios: _____

Afiliación anterior a otra Caja de Compensación: Sí Cuál _____ No

Persona: Natural Jurídica

Valor mensual de los ingresos: _____

Fuente de ingresos: _____

Nota: Si estuvo afiliado anteriormente a otra Caja de Compensación Familiar, debe anexar el paz y salvo correspondiente, válido para afiliación a otra Caja de Compensación Familiar.

Cordialmente,

CC
Celular: