



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO
NIT. 890.700.148-4

Fecha: Enero 2018
Versión: 8
S.G.C.

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, COLOMBIANOS EN EL EXTERIOR**

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE
ENCUESTRAN AL RESPALDO DE LA COPIA

INDEPENDIENTE PENSIONADO COLOMBIANOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR

INFORMACIÓN TRABAJADOR

1. Tipo y No. documento de Identidad CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		2. Lugar Expedición:	3. Fecha Expedición (d/m/aa):	4. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
5. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
6. Teléfono:	7 Celular:	8. Correo Electrónico:	9. Tipo Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>	
10. Dirección Residencia	11. Barrio	12. Municipio	13. Departamento	14. Sector Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
15. Lugar de nacimiento	16. Fecha de nacimiento (d/m/aa)	17. Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		
18. Nivel Escolaridad: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otros _____		19. Pasatiempos:	20. Deportes que prefiere:	

INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

21. Tipo y No. documento de identidad CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		22. Lugar Expedición	23. Fecha Expedición (d/m/aa)	24 Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
25. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
26. Teléfono	27. Celular	26 Correo Electrónico	29. Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero(a) <input type="checkbox"/>	
30. Trabaja SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	31. Fecha Ingreso a la Empresa (d/m/aa)	32. Recibe Subsidio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	33. Si recibe Subsidio, indique a través de que Caja:	

34. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Tipo y No. Documento Identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Parentesco	Fecha Nacimiento (d/m/aa)

INFORMACIÓN EXCLUSIVA INDEPENDIENTE

35. Subactividad Económica	36. Total Patrimonio \$	37. Ingreso Promedio Mensual \$	38. Porcentaje de Aporte 2% <input type="checkbox"/> 0.6% <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	------------------------------------	---

INFORMACIÓN EXCLUSIVA PENSIONADOS

39. Ingresos Mesada \$	40. Tipo Cotización Pensionado con aporte 2% <input type="checkbox"/> Pensionado 25 años o más (Fidelidad) <input type="checkbox"/> Pensionado Régimen 1.5 SMLMV <input type="checkbox"/>
---------------------------	--

INFORMACIÓN EXCLUSIVA COLOMBIANOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR

41. Primer Período de Aportes: Año Mes

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.

Declaro que soy responsable de la actualización de documentos de identidad y certificaciones de mis beneficiarios de subsidio familiar (Tarjeta de identidad, certificaciones escolares).
Autorizo el tratamiento de mis datos personales con fines comerciales, envío de información de otros servicios producto de alianzas, conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data" y Decreto 1377 de 2013 "Protección de Datos"

SI NO

Firma y CC TRABAJADOR

Firma y Sello COMFENALCO TOLIMA



MinTrabajo
República de Colombia

DECLARACIÓN JURAMENTADA

CÓDIGO:

VERSIÓN: 1 - abr - 2012

En la ciudad de _____ Dpto. de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____

Yo, _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____

Número _____ de _____ manifiesto libre y voluntariamente que:

1. La (s) persona (s) relacionada(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica:

Nombres y Apellidos Completos	Tipo y No. del documento de Identificación	Parentesco

2. Declaro que el señor(a) _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____

número _____ de _____ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace _____ años.

3. Declaro que mi(s) padre madre(s), 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

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

Firma del declarante

Documento de identidad: _____

De _____

Espacio reservado para la Caja de Compensación Familiar

REQUISITOS AFILIACIÓN TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

- * Una fotocopia del Documento de Identidad al 150% legible
- * Certificado de la Caja de Compensación Comfatolima de no afiliación
- * Certificado de pago por Planilla Única PILA donde figure pago a EPS y Caja Compensación

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 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). No se aceptará pago Independiente de Caja de Compensación en Caja General de Comfenalco.

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

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

Aporte 2%: Tiene derecho a todos los servicios, salvo el Subsidio Monetario dos meses consecutivos será desafiliado por mora reincidente.

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, salvo el Subsidio Monetario, sin tener que efectuar pago alguno.

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.

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
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 certificado de afiliación por 25 años a Caja de Compensación, salvo que el tiempo cotizado haya estado afiliados a Comfenalco Tolima.

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 SMLMV

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