

VERSION:06
 CÓDIGO: FO-AS-008
 FECHA: 16/Dic/2022

Nit 860.045.904-7

AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR Y GRUPO FAMILIAR
TIPO DE NOVEDAD

 Afiliación para servicios

 Afiliación para subsidio en dinero

 Adición de personas a cargo
1. DATOS DEL APORTANTE (Empleador o Independiente)

Tipo de Documento de Identificación

Razón Social del Empleador o Nombres y Apellidos del Aportante

NIT	CC	CE	PA	CD	PEP	PPT
-----	----	----	----	----	-----	-----

Número de Identificación del Aportante

Dirección

Número Telefónico

2. DATOS DEL COTIZANTE (Trabajador o Independiente)

Número del Documento de Identificación

Tipo Documento Identificación

Lugar de Expedición

Fecha de Expedición

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Dirección de Residencia

Área Geográfica

Municipio

Localidad / Zona

País

Dirección de Trabajo

Área Geográfica

Municipio

Localidad / Zona

Trabajador Agropecuario

SI	NO
----	----

Número Telefónico Domicilio

Número Celular

Correo Electrónico

Fecha de Nacimiento

Ciudad de Nacimiento

Sexo

Orientación Sexual

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Hombre	Mujer	Indeterminado
--------	-------	---------------

Heterosexual	Homosexual	Bisexual
--------------	------------	----------

Pertenencia Étnica

Factor de Vulnerabilidad

Afro	Negro	Indígena	Palanquero	Raizal	Gitano
------	-------	----------	------------	--------	--------

Desplazado	Conflicto armado	Desmovilizado	Cabeza de Familia	Migrante	Otro
------------	------------------	---------------	-------------------	----------	------

Discapacidad

Tipo Discapacidad

Estado Civil

Tipo de Contrato

SI	NO
----	----

Unión Libre	Casado	Divorciado	Separado	Viudo	Soltero
-------------	--------	------------	----------	-------	---------

Ocupación

Tipo de Cotizante

Veterano Fuerza Pública

Dependiente	Independiente	Madre comunitaria	Taxista
-------------	---------------	-------------------	---------

SI	NO
----	----

Horas Contratadas

Valor Sueldo / Valor Ingreso

Sueldo en Especie y/o Comisión Venta

Total Sueldo Mes / Total Ingreso Mes

DIARIAS	MES
---------	-----

\$

\$

\$

Trabaja en Otra Empresa

Nit de la Otra Empresa

Razón Social

Total Sueldo Mes Otra Empresa

SI	NO
----	----

\$

Nivel Educativo

Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Técnico / Tecnólogo	Profesional Universitario	Posgrado / Maestría	Ninguno
------------	----------	------------	-------	---------------------	---------------------------	---------------------	---------

Es socio de la empresa

Tipo de Vivienda

Fecha de ingreso

Vendedor

SI	NO
----	----

Propia	Arriendo	Familiar
--------	----------	----------

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

SI	NO
----	----

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Número del Documento de Identificación

Tipo Documento Identificación

Lugar de Expedición

Compañero Permanente

TI	CC	CE	PA	CD	PEP	PPT
----	----	----	----	----	-----	-----

SI	NO
----	----

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Número Celular

Ciudad de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Dirección Residencia

Ciudad Residencia

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Área Geográfica

Estado Civil

Correo Electrónico

URBANA	RURAL
--------	-------

Soltero(a)	Casado(a)	Viudo(a)	Separado(a)	Unión Libre
------------	-----------	----------	-------------	-------------

Sexo

Nivel Educativo

Ocupación

M	F
---	---

Ninguno	Primaria	Bachillerato	Técnico	Universitario	Postgrado
---------	----------	--------------	---------	---------------	-----------

Hogar	Empleado	Independiente	Desempleado
-------	----------	---------------	-------------

Nombre de la empresa donde Labora

NIT

Salario

Caja de Compensación Familiar

Recibe Subsidio

\$

SI	NO
----	----

4. DATOS DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Personas a cargo que dependen económicamente del trabajador			Número de identificación	Tipo Id	Sexo		Fecha Nacimiento			Parentesco					Condición Discapacidad		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres			M	F	Día	Mes	Año	Hijo	Her	Pad	Mad	Cus			

5. OBSERVACIONES

DEVUELTO:

SI	NO
----	----

VER CAUSALES AL RESPALDO

FIRMA Y NÚMERO DE CÉDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EMPLEADOR	CIUDAD Y FECHA
---	---------------------	----------------

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo conforme a la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca, COMFACUNDI con NIT 860.045.904-7, para que recolecte, almacene, utilice, administre, circule, transfiera o transmita mis datos personales directa o a través de terceros. Los datos personales serán tratados con el fin de dar cumplimiento a las funciones propias de COMFACUNDI, para la prestación de los servicios para mí y mi grupo familiar, la evaluación de sus servicios, actualización de datos personales, atención al cliente (dar respuesta a consultas, peticiones, quejas o reclamos), (como análisis de consumos, trazabilidad de marca, encuestas de percepción de servicio y proyectos futuros, entre otros), comerciales (informar a través de diferentes medios los beneficios, productos, servicios, promociones, descuentos, campañas vigentes, eventos promocionales, programas de las marcas propias o de los aliados). Realización de consultas, para responder las necesidades acerca de productos y servicios ofrecidos, la realización de estudios con fines estadísticos o de conocimiento del cliente.

COMFACUNDI me informa que, si suministro información personal sobre una persona distinta a mí, se da por entendido que cuento con la autorización de dicha persona para registrar sus datos; y no verificará, ni asumirá la obligación de verificar la identidad del usuario, ni veracidad, vigencia, suficiente y autenticidad de los datos de cada uno de ellos. En virtud de lo anterior, COMFACUNDI no asume responsabilidad por daños o prejuicios de toda naturaleza que pudiera tener origen en la falta de veracidad, homonimia o a la suplantación de la información de la identidad.

Así mismo los datos personales de los(as) niñas, niños y adolescentes que suministro los hago en calidad de tutor o representante legal de los mismos, y autorizo su tratamiento únicamente para las finalidades expuestas en el presente documento. Declaro que he sido informado de lo siguiente: (1) Que COMFACUNDI, como responsable del tratamiento de los datos personales, ha puesto a mi disposición la Política de Tratamiento de Datos Personales la cual se encuentra en la página web: www.comfacundi.com.co, (2) Que los derechos que me asisten como titular de los datos personales son los previstos en la Constitución y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, los cuales puedo ejercer a través de los canales dispuestos por COMFACUNDI para la atención a titulares: Correo electrónico: servicioalcliente@comfacundi.com.co, formulario web [Contáctanos/PQRSE](https://comfacundi-servicio-al-cliente.bitrix24.site/indexespaol/PQRSE/), <https://comfacundi-servicio-al-cliente.bitrix24.site/indexespaol/PQRSE/> línea de atención al cliente 3790909 y línea gratuita nacional 0180094575. De acuerdo con el Anexo Técnico de la Circular No. 2019-00007 de la Superintendencia del Subsidio Familiar las Cajas de Compensación Familiar deben recopilar de sus afiliados datos como orientación sexual, pertenencia étnica y factor de vulnerabilidad, COMFACUNDI me informa que tengo el derecho de darlos u omitir el suministro de los mismos, por catalogarse como datos sensibles.

SI	NO	Autorizo recibir información a través de medios telefónicos o electrónicos como mensajes de textos, chats, WhatsApp y otros.
----	----	--

SI	NO	Autorizo a recibir información a través de correo electrónico, aplicaciones informáticas, redes sociales, entre otros.
----	----	--

SI	NO	Autorizo recibir información a través de medios escritos e impresos.
----	----	--

Firma de autorización tratamiento de datos personales