

# INDEPE

	Espacio reservado para el sello de radicación
MULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES	
DE TRABAJADORES DEPENDIENTES,	
NDIENTES, PENSIONADOS Y FACULTATIVOS	
I	

10				10.7							
I. TIPO	DE NO	VEDAD Afiliación	Novedad 1	Fraslado	DÍA ME	de Radicación					
II. NOV	EDAD	ES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ	REPORTANDO Y SE	ELECCIONE CON UNA X )	070	2 2 0 2 2					_
NOVE	DADES	BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PE	ERSONAS A CARGO	RETIROS Voluntario			DATOS	DE UB	IICACIÓN	
	ombres		Hijos		=	por fallecimiento				y teléfono	
		tos de Identificación	Hermanos Personas a cargo				Correo electrónico				
	stado ci		Padres		Cese de co				Novedad	d	_
	ambio d	de Aporte	Hijastros		Cambio de	e grupo familiar		Ot	ra:		- (
		EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADOR		-1011							_
NIT. X	Incomplete of	the state of the s	Nombre o Razón So	ocial:		Sector: Oficial	. П		Sucursa	al:	$\neg 1$
No. 9		861729-9	1		Departamento.	Público Priva	do Mixto		Told	éfono:	щ
Directi					Departamento.						
IV. TIPO	DE AF			- Processor of the Proc			0.180.026.700.00				_
Depend	liente	Servicio Madre Comunitaria	Taxista Independiente 2%	Pensionado aporte del 0% Pensionado aporte del 0,6		25 años 🔲 apo	cultativos orte del 0,6%		Faculta aporte	del 2% aporte 0,6%	Ш
Indeper aporte	ndiente 2%	Residente en el exterior Veterar	o 0	Afiliación por primera vez como no de SI NO	pendiente? Si estuvi	o afiliado a alguna Caja de Co	ompensación	, indiqu	e a cuál	l. Otro	
V. DATO	S BÁS	ICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENT	E O PENSIONADO		31 <u>I</u> ā						_
Nombre				Primer Apellido:		Segundo Apel	lido:				
_EDG/	R ED	UARDO		MACIAS							_
NIT.	c.c. <b>x</b>	C.E. PA C.D. T.I. PE PT	No. 8 0 7 6 3	8 2 4	Estado Civil:	SE UL X VI	Fecha de		2 4	Ola M K F I	
Nivel O	cupacio	onal:			Nivel Educa			0  3	24		
Operat		Administrativo Directivo	Staff Ejecutive	Profesional Técnic			ındaria 🔃	Técr		Profesional otro	
Ingreso						S (Solo para independientes	) AFP (Sole	o para	indeper	ndientes)	
2 0 Direcció		2703240	RU 1000	0 0 0 3 0 2 3 3 3 Municipio:	0 4 8 0 _	Departamento:		T	.1	Teléfono:	_
KR	4			BOGOTA I	O.C.	BOGOTA		Rura		890390	6
Direcció				Municipio:		Departamento:		Rura	al	Teléfono:	
						_		Urba	Arriva Comment		Ш
Correo		nico: OLALAURASANTI123456@H	NOO HAMTC	País y C	iudad de Residencia	(Solo para Residentes en el	Exterior) P	rograr	na (Sólo	o no dependientes)	
		W		Actualmente	Trabajo Anterior Fed	cha retiro:		Forba	afiliación	0.	
Nombre	-	ÓN OTROS EMPLEADORES PARA LO n social:	S CUALES TRABAJA	Nit		Caja por la cu	al recibe sul		annacion		$\overline{}$
											_
VII. INFO	DRMAC	CIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO	A)	W		2.10					
c.c.x.c	ЕПРА	C.D. TI. PE PT No. 1 0 2	4495188	Fecha de nacim	MES DIA		alario básico	); [		Fecha de ingreso a la empl	esa:
Nombre			4 4 7 3 1 0 0	1989 Primer apellido:	1  6  0  9   <sup>M</sup> _	FX I SI NO	lo apellido				Щ
DEIC	100			RAMOS		ROJA					
Razón				NIT.		Recibe subsidio: 0	Caja por la c	ual rec	ibe sub	sidio	=
-						SI NO					_
VIII. INF	ORMA			de cuota monetaria debe anexar lo							
Para uso exclusi de la Caja			critos en la circular 02	de 2016 de la Superintendencia de	Subsidio Familiar)				entesco	ogo G	10
DISCA	TIPO	No. Documento identificación		Nombres		Apellidos		Hijo Padre	Herma	Fecha de Nacimiento	Género
	TI	1023403709	MARIA CA	MII A	CANO RAM	AOS.			x	2 0 1 4 0 3 0 6	
	TI								x	AÑO MES DÍA	H
	+''	1024495191	MARYORI			CANO RAMOS			-	2 0 0 7 1 3 0 9 ANO MES DIA	Н
	TI	1025535022	LAURA SO	FIA	MACIAS PR	RIETO		X		2 0 0 7 1 4 0 7	Н
										AÑO MES DÍA	
	Aproc	ado Afiliado: Tú y tu familia son muy	importantes para Cat	subsidio por ese gueremes esta	r siempre en seut	acto contigo Para legrado	as indiana	neable	alle n	s autorices para contests d	
39	No olvid	les diligenciar de forma clara y correcta l	odos tus datos para cor	ntarte todo lo que tenemos para ti. 🛭	Además ten presente						
4	entros	s de Servicio o Puntos de Crédito autori	avade need med telepane		000779007						
			AUTORIZACI	ÓN PARA LA UTILIZAC	ÓN DE DATOS	S PERSONALES					
		esamente de manera libre, previa, volu n una variedad de áreas de negocio par									
así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mi, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las											
cuales tengan participación accionarla o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o											
investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuáles serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o											
cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI x NO											
Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición o queja o reclamo a través de:											
Líneas de sérvicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900, línea nacional gratuita 018000947900, pagina web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.											
EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley											
789/02	789/02, Dec. 2340/03, Dec. 586/04 y Res. 058/04.  NO DEPENDIENTE SOLICITANTE: Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.										
NODE	. CINUI	ENTE OCCIONANTE : Autorizo ai pagado	o mi salariumesada (	ours descuritar y entregar a Coisubs	ci 2 /6 0 0.0% de	core valor como aporte de m	annaulu(1.				
											-
-			_			The second of th					

Código Revisor

Observaciones.

Causal de rechazo (Ver respaldo)

## RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

- 1. Diligencie completamente el formulario utilizando únicamente una casilla para cada letra o número y con tinta negra.
- No se admiten tachones, enmendaduras, repisados ni uso de corrector. En caso de encontrarse alguna de estas inconsistencias, el formulario será devuelto y deberá ser reemplazado.
- 3. Antes de entregar el formulario, verifique que el diligenciamiento este correcto y los soportes requeridos correspondan con los solicitados de acuerdo con la circular 02 de 2016 de la Superintendencia del Subsidio Familiar.
- Recuerde que para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la circular 02 de 2016 de la Superintendencia del Subsidio Familiar.

#### **REQUISITOS GENERALES PENSIONADOS**

- Formulario debidamente diligenciado.
- 2. Resolución de la pensión o certificación de la entidad pagadora.
- 3. Último desprendible de pago de la mesada pensional, para Pensionados Ley 1643 la mesada pensional no debe superar los 1.5 SMMLV.
- 4. Fotocopia de los documentos de identificación tanto del trabajador como de las personas a cargo (hijos, padres, cónyuge o compañero).
- 5. Si está o ha estado afiliado a una Caja de Compensación Familiar, como pensionado, certificado de paz y salvo por todo concepto expedido por la misma, en la que se indique fecha de desafiliación.
- 6. Afiliación aporte 0% Ley 789/2002. Certificación que acredite que en su última vinculación laboral estuvo afiliado a Colsubsidio.
- 7. Afiliación Fidelidad 25 años. Manifestación Juramentada para p nsionados 25 años y Resolución que contenga las semanas totalizadas.
- 8. Formato declaración juramentada debidamente diligenciado.

## **REQUISITOS GENERALES TRABAJADORES INDEPENDIENTES**

- Formulario debidamente diligenciado.
- 2. Fotocopia de los documentos de identificación tanto del trabajador como de las personas a cargo (hijos, padres, cónyuge o compañero)
- 3. Certificado de afiliación a la EPS y al Fondo de Pensiones, con vigencia no superior a 30 días, como trabajador independiente.
- 4. Si está o ha estado afiliado a una Caja de Compensación Familiar, como independiente, certificado de paz y salvo por todo concepto expedido por la misma, en la que se indique fecha de desafiliación.
- 5. Formato declaración juramentada debidamente diligenciado.

#### **REQUISITOS GENERALES FACULTATIVOS**

- 1. Formulario debidamente diligenciado
- 2. Fotocopia de los documentos de identificación tanto del trabajador como de las personas a cargo (hijos, padres, cónyuge o compañero).
- 3. Último desprendible de pago y certificación emitida por la entidad
- Si está o ha estado afiliado a una Caja de Compensación Familiar, como facultativo, certificado de paz y salvo por todo concepto expedido por la misma, en la que se indique fecha de desafiliación.
- 5. Formato declaración juramentada debidamente diligenciado.

# RECUERDE QUE PARA SER BENEFICIARIO DE LA CUOTA MONETARIA DEBE TENER EN CUENTA QUE :

- 1. Debe ser trabajador permanente que labore un mínimo de 96 horas por mes, con una remuneración mensual igual o inferior al equivalente a cuatro salarios mínimos legales vigentes y tener personas legalmente a cargo.
- 2. Se consideran personas a cargo únicamente:
  - Los hijos y/o hermanos huérfanos de padres menores de 18 años. Para los hijos o hermanos huérfanos mayores de 12 años se requiere adjuntar certificados de estudio. Si son discapacitados deben demostrar la incapacidad para trabajar o estudiar y recibirán doble cuota de subsidio familiar.
  - Los padres mayores de 60 años que dependan económicamente del trabajador y que ninguno de los dos reciba renta, pensión ni salario.
  - Los padres menores de 60 años que demuestren invalidez o capacidad física disminuida que les impida trabajar, recibirán doble cuota del subsidio familiar.
- 3. Si el trabajador labora en más de una empresa, se tendrá en cuenta la suma de los dos salarios recibidos en cada empleo.
- 4. Se tendrá en cuenta la suma de los ingresos laborales de los dos padres, y en caso de que estos no superen los cuatro salarios mínimos, se pagará cuota monetaria a cada padre por los mismos hijos sobre los que se demuestre el derecho.
- Si sumados los ingresos laborales del trabajador y su cónyuge no superan los seis salarios mínimos legales vigentes, sólo se pagara cuota monetaria a uno de los padres por los hijos sobre los cuales demuestre el derecho.
- Si sumados los ingresos laborales de los dos padres superan seis salarios mínimos legales vigentes ninguno podrá recibir cuota monetaria.
   Nota:
  - Si se cumple con los anteriores requisitos se debe adjuntar la documentación exigida para cada caso, de acuerdo con la normatividad legal vigente.

CA	USALES DE F	RECHAZO						
1.	Formularios, formatos o documentos mal diligenciados, ilegibles, enmendados, repisados o incompletos.      Falta documento de identificación:							
	Trabajador Cónyuge Hijos		Padres Hermanos Custodia					

## AVISO DE PRIVACIDAD

La Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con NIT 860.007.336-1declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por sus afiliados y/o no afiliados en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013 e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular. Dicho tratamiento podrá realizarse directamente por Colsubsidio y/o por el tercero que éste determine.

Colsubsidio informa al titular de los datos personales que le asisten los siguientes derechos:

- 1) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a Colsubsidio y/o al tercero que éste determine.
- 2) Solicitar prueba de la autorización otorgada, teniendo en cuenta lo dispuesto en el numeral b del art. 8 de la Ley 1581 de 2012.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas, solicitudes y reclamos.
- 4) Revocar la autorización y/o solicitar ante la Superintendencia de Industria y Cómercio la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.
- Acceder en forma gratuita a sus datos personales.

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de Políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de:

Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900, línea nacional gratuita 018000947900, pagina web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.