



FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES
DE TRABAJADORES DEPENDIENTES,
INDEPENDIENTES, PENSIONADOS Y FACULTATIVOS

Espacio reservado para el sello de radicación

I. TIPO DE NOVEDAD ☐ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

Fecha de Radicación
DÍA MES AÑO
07 02 2022

II. NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS <input type="checkbox"/> Nombres <input type="checkbox"/> Documentos de Identificación <input type="checkbox"/> Estado civil <input type="checkbox"/> Cambio de Aporte	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hijastros	RETIROS <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Cotizante por fallecimiento <input type="checkbox"/> Personas a cargo <input type="checkbox"/> Cese de convivencia <input type="checkbox"/> Cambio de grupo familiar	DATOS DE UBICACIÓN <input type="checkbox"/> Dirección y teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico Fecha Novedad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otra: _____
---	---	--	--

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT: <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> No. 900861729-9	Nombre o Razón Social: _____	Sector: Oficial <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/>	Sucursal: _____
Dirección: _____	Departamento: _____	Teléfono: _____	

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente <input type="checkbox"/> Servicio Doméstico <input type="checkbox"/> Madre Comunitaria <input type="checkbox"/> Taxista <input type="checkbox"/> Pensionado aporte del 0% <input type="checkbox"/> Pensionado aporte del 0,6% <input type="checkbox"/> Pensionados aporte del 2% <input type="checkbox"/> Fidelidad 25 años <input type="checkbox"/> Facultativos aporte del 0,6% <input type="checkbox"/> Facultativos aporte del 2% <input type="checkbox"/> Independiente aporte 0,6% <input type="checkbox"/>	Independiente aporte 2% <input type="checkbox"/> Residente en el exterior <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/>	¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál: _____ Otro: _____
---	--	--	---

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: YENSI MAYARLY		Primer Apellido: CASTIBLANCO	Segundo Apellido: RODRIGUEZ
NIT: <input type="checkbox"/> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	No. 20865681	Estado Civil: SO <input checked="" type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento: AÑO MES DÍA 19830808 Género: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>
Nivel Ocupacional: Operativo <input type="checkbox"/> Administrativo <input checked="" type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Ejecutivo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	Nivel Educativo Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		
Ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA 20222806 Horas/mes 240 Trabajador: UR <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/>	Salario básico/mesada: 3500000 Celular: 3186229224	EPS (Solo para independientes) _____	AFP (Solo para independientes) _____
Dirección vivienda: KR 111A 14888	Municipio: BOGOTA D.C.	Departamento: BOGOTA	Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Teléfono: 6632834
Dirección Trabajo: _____	Municipio: _____	Departamento: _____	Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Teléfono: _____
Correo Electrónico: YENCIMAYERLY@GMAIL.COM	País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior) _____		Programa (Sólo no dependientes) _____

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre o razón social: _____	Nit. _____	Caja por la cual recibe subsidio: _____
------------------------------	------------	---

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	No. _____	Fecha de nacimiento: AÑO MES DÍA _____	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	Trabaja: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Salario básico: _____	Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA _____
Nombres: _____		Primer apellido: _____		Segundo apellido: _____		
Razón social: _____		NIT: _____	Recibe subsidio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Caja por la cual recibe subsidio: _____			

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la circular 02 de 2016 de la Superintendencia del Subsidio Familiar)

Para uso exclusivo de la Caja				Parentesco				Fecha de Nacimiento			Género
DISCA	CM	SERV	TIPO	No. Documento identificación	Nombres	Apellidos	Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	
			CC	21057279	ROSA MARIA	RODRIGUEZ CORTES	<input checked="" type="checkbox"/>				

Apresiasi Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para contactarte todo lo que tenemos para ti. Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguno de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, ocho (8) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, 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 mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria 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 cuales 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 ☒ 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 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.

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, 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.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No. Beneficiarios <input type="checkbox"/>	Causal de rechazo (Ver respaldo) _____	Código Revisor <input type="checkbox"/>	Observaciones: _____
--	--	--	---	----------------------

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Diligencie completamente el formulario utilizando únicamente una casilla para cada letra o número y con tinta negra.

2. 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.

4. 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

1. 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 pensionados 25 años y Resolución que contenga las semanas totalizadas.

8. Formato declaración juramentada debidamente diligenciado.

REQUISITOS GENERALES TRABAJADORES INDEPENDIENTES

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. 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

4. 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.

5. 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.

6. 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.

CAUSALES DE RECHAZO

1. Formularios, formatos o documentos mal diligenciados, ilegibles, enmendados, repisados o incompletos. ☐

2. Falta documento de identificación:

Trabajador ☐

Cónyuge ☐

Hijos ☐

Padres ☐

Hermanos ☐

Custodia ☐

AVISO DE PRIVACIDAD

La Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con NIT 860.007.336-1 declara 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.

3) 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 Comercio la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

5) 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.