

# FORM TRABAJ FACUI

MULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE	Espacio reservado para el sello de radica
JADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES,	
LTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN	
DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN	

I. TIP	O DE NO	VEDAD Afiliación	Novedad Traslado	Fecha de Radicación  DÍA MES AÑO	
II. NO	VEDADE	ES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ES	TÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X )		
NOV	'EDADES	BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS	DATOS DE UBICACIÓN
	Nombres		Hijos	Voluntario	Dirección y teléfono
		tos de <b>I</b> dentificación	Hermanos	Cotizante por fallecimiento	Correo electrónico
			Padres	Personas a cargo	DÍAMESAÑO
	Estado cir		Hijastros	Cese de convivencia	Fecha Novedad
Ш	Cambio c	e Aporte	Dependiente por Custodia	Cambio de grupo familiar	Otra:
III. DA	TOS DEL	EMPLEADOR O ENTIDAD PAGAD	ORA		
NIT.	c.c.[	C.E. C.D. PE PT	Nombre o Razón Social:	Sector:	Sucursal:
No.				Oficial Privad	lo Mixto
Direc	ción:			Departamento.	Teléfono:
				]	
IV. TIF	O DE AF				
Depe	ndiente	Servicio Madre Comunitaria	Taxista Pensionado Pensionado aporte del 0,		ultativos Facultativos Independiente protection aporte del 2% aporte 0,6%
Indep	endiente	Residente Vete	¿Afiliación por primera vez como no d	lependiente? Si estuvo afiliado a alguna Caja de Col	mpensación, indique a cuál. Otro
aporte	2%	en el exterior	SI NO L		
V. DA	OS BÁS	ICOS TRABAJADOR, INDEPENDIE	NTE O PENSIONADO		
Nomb	res:		Primer Apellido:	Segundo Ape <b>ll</b> i	ido:
c.c.	C.F	C.D. T.I. PE PT RC	No.	Estado Civil:	Fecha de Nacimiento:  AÑO  MES  DIA  MES  DIA  MES  T  T  T  T  T  T  T  T  T  T  T  T  T
				SO CA SE UL VI	
	Ocupacio			Nivel Educativo	
Oper		Administrativo Directivo	Staff Ejecutivo Profesional Técni		ndaria Técnico Profesional otro
Ingres	o a la em			EPS (Solo para independientes)	AFP (Solo para independientes)
		UR	RU		
Direct	ión vivier	ida: Tomoromonomonomonomonomonomonomonomonomon	Municipio:	Departamento:	Rural Teléfono:
Director	:	<u> </u>	Municipio:	Departamento:	Urbano Teléfono:
Direct	ión Traba			Берапаніеню.	
Corro	Electrór	ico:		Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el	Urbano Urbano Programa (Sólo no dependientes)
Conte	Liccion	1100.	, aloy c	Stadad do Nostadriola (Colo para Nostadrioc di Cir	Exercise, 1 regrama (esie ne dependience)
		,			
		ÓN OTROS EMPLEADORES PARA		Trabajo Anterior Fecha retiro:	Fecha afiliación:
INOM	re o razói	i sociai:		it. Caja por la cua	al recibe subsidio:
VII. IN	FORMAC	IÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑER	* *		
c.c.	C.E.	C.D. T.I. PE PT No.	Fecha de nacin	miento: Género Trabaja: Sa MES DÍA M F I SI NO	alario básico: Fecha de ingreso a la empresa:
Nomb	res:		Primer ape <b>ll</b> ido:	Segundo	o apellido
Dozé	n social:			Recibe subsidio: C	aja por la cual recibe subsidio
Nazu	i Sucial.		NII.	I SI NO	aja por la cual recibe subsidio
VIII. IN Para uso exc de la Caj		CIÓN GRUPO FAMILIAR	(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexa la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superint		Parentesco
$\overline{}$	_			eridericia dei Subsidio Farilliai ).	
DISCA	SERV	No. Documento identificación	Nombres	Ape <b>ll</b> idos	Cuidador Hijo Hijo Hermano Hijosh Hijosh Hermano Oustodia Oustodia Género
	<del></del>				AÑO MES DÍA
Ш					
					AÑO MES DÍA
H					AÑO MES DÍA
					AÑO MES DÍA
H					AÑO MES DÍA
	Aprecia	do Afiliado: Tú v tu familia son m	nuy importantes para Colsubsidio, por eso queremos est	tar siempre en contacto contigo. Para lograrlo	es indispensable que nos autorices para contactarte
	No olvid	es diligenciar de forma clara y correc	cta todos tus datos para contarte todo lo que tenemos para tí.	Además ten presente que puedes reclamar tu tarjo	
	Centros	de Servicio lo Puntos de Crédito au	torizados, ocho (8) días después de haber radicado este form	idiano.	
			AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZAC	IÓN DE DATOS PERSONALES	
Auto	izo expre	esamente de manera libre, previa vo	oluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de	e Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con e	el NIT 860.007.336-1. sobre la cual manifiesto conocer
que	uenta co	n una variedad de áreas de negocio j	para la préstación de diversos bienes y servicios, tales como alud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y	: la venta de todo tipo de mercaderías a través de :	sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual,
circu	lar, suprir	nir, procesar, compilar, intercambia	, actualizar y disponer de los datos que sean suministrado	s por mi, así como para transferir dichos datos de	e manera total o parcial a las personas jurídicas en las
	cuales tengan participación accionaría 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				
inves	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				
cuald	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,				
Línea	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					
788/02, 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.					
NOL	TO DEL ENDIENTE COELOTITATE. Maiorizo di pagador de misolario mosada para descontar y entregar a consulsado el 270 o 0.070 de este valor como aporte de mi aliniadori.				
1					
					I I

Código Revisor

Causal de rechazo (Ver respaldo)

### RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

- 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.
- Antes de entregar el formulario, verifique que el diligenciamiento esté correcto y los soportes requeridos correspondan con los solicitados, de acuerdo con la Circular Única Básica Jurídica, expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar.
- Recuerde que para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar.

#### **REQUISITOS GENERALES PENSIONADOS**

- Formulario debidamente diligenciado.
- Resolución de la pensión o certificación de la entidad pagadora.
- Último desprendible de pago de la mesada pensional, para Pensionados Ley 1643 la mesada pensional no debe superar los 1.5 SMMLV. Fotocopia de los documentos de identificación tanto del trabajador como de las personas a cargo (hijos, padres, cónyuge o compañero).
- 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.
- Afiliación aporte 0% Ley 789/2002. Certificación que acredite que en su última vinculación laboral estuvo afiliado a Colsubsidio.
- Afiliación Fidelidad 25 años. Manifestación Juramentada para p nsionados 25 años y Resolución que contenga las semanas totalizadas. Formato declaración juramentada debidamente diligenciado.
- 8.

# **REQUISITOS GENERALES TRABAJADORES INDEPENDIENTES**

- Formulario debidamente diligenciado.
- Fotocopia de los documentos de identificación tanto del trabajador como de las personas a cargo (hijos, padres, cónyuge o compañero)
- Certificado de afiliación a la EPS y al Fondo de Pensiones, con vigencia no superior a 30 días, como trabajador independiente.
- 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.
- 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 :

- 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.
- 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
  - 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
- Si el trabajador labora en más de una empresa, se tendrá en cuenta la suma de los dos salarios recibidos en cada empleo.
- 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.
  - 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.						
Falta documento de identificación:						
Trabajador Padres						
Cónyuge						
Hijos 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:

- Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a Colsubsidio y/o al tercero que éste determine.
- 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.
- 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 4) 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.