

Nuevo
 Actualización

Importante:

Favor elaborar este formulario con letra imprenta y utilizar tinta de color negro
Los pensionados no serán beneficiarios de la cuota monetaria del Subsidio Familiar

NUMERO RADICADO
FECHA RADICACIÓN DD/MM/AAAA

Seleccione el tipo de afiliación como pensionado

Pensionado Voluntario con aportes del 0,6%. recreación, capacitación y turismo social
 Pensionado Voluntario con aportes del 2%. Afiliación para todos los servicios de la Caja
 Pensionado sistema de Cajas. Afiliación para los servicios de recreación, capacitación y turismo social
 Pensionado Régimen Especial (1.5 SMLMV) afiliación para los servicios de recreación, deporte y cultura.

DATOS DEL PENSIONADO

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Especial de Permanencia (P.E.P) <input type="checkbox"/> Visa		<input type="checkbox"/> Carné Diplomático <input type="checkbox"/> Certificado cabildo <input type="checkbox"/> Identificación dada secretaria de Educación		Fecha de Expedición DD MM AAAA	Número de Identificación <input type="text"/>	Primer Nombre <input type="text"/>	Segundo Nombre <input type="text"/>	Primer Apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No Binario	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)
País Nacimiento <input type="text"/>		Departamento Nacimiento <input type="text"/>		Municipio Nacimiento <input type="text"/>		PERTENENCIA ÉTNICA <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago de san Andrés, Providencia y Santa Catalina		<input type="checkbox"/> Comunidad Negra <input type="checkbox"/> Palanquero <input type="checkbox"/> Room/gitano <input type="checkbox"/> No se autoreconoce en ninguna de las anteriores		ORIENTACIÓN SEXUAL <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Información no disponible		
FACTOR DE VULNERABILIDAD <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados <input type="checkbox"/> Hijo (as) de madres cabeza de familia <input type="checkbox"/> Población zonas frontera (Nacionales)		<input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado (No desplazado) <input type="checkbox"/> Damnificado desastre natural <input type="checkbox"/> En condición de discapacidad <input type="checkbox"/> Ejercicio del trabajo sexual		<input type="checkbox"/> Desmovilizado o reinsertado <input type="checkbox"/> Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> Poblacion Migrante <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> No Disponible		NIVEL DE ESCOLARIDAD <input type="checkbox"/> Básica Primaria <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Técnico/Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional Universitario <input type="checkbox"/> Posgrado/Maestría		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Información no Disponible		CAPACIDAD TRABAJO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Discapacidad		

DATOS RESIDENCIA DEL PENSIONADO

Reside otro País SI <input type="checkbox"/> Cual? NO <input type="checkbox"/>	País residencia <input type="text"/>	Departamento de Residencia <input type="text"/>	Municipio de Residencia <input type="text"/>	Dirección residencia <input type="text"/>	Barrio <input type="text"/>	área geografica Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>	Teléfono fijo y/o Celular <input type="text"/>	Correo electrónico <input type="text"/>
---	--	---	--	---	---------------------------------------	---	--	---

INFORMACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PENSIONADO

Valor Pensión <input type="text"/>	Entidad pagadora <input type="text"/>	Nit. <input type="text"/>	Dirección <input type="text"/>	Fecha De Resolución DD MM AAAA	No. Resolución <input type="text"/>
--	---	-------------------------------------	--	--	---

Autorizo al pagador _____ para que se me sea deducido el 2% de mi mesada con destino a la Caja de Compensación familiar, a fin de cubrir el aporte mensual de mi afiliación, en cumplimiento del artículo 5a de la ley 71 de 1988 y artículo 33 y 34del decreto 784 de 1989.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a lo señalado en la Ley 1581 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, hacemos saber que los datos relacionados en el presente documento, serán almacenados, conservados, tratados, utilizados para estadísticas, compartidos con terceros con los que se ostente un vínculo legal o contractual y/o utilizados única y exclusivamente para procesar su afiliación, reconocimiento de subsidios y servicios, notificación de información pertinente y seguimiento en el cumplimiento de requisitos para continuar disfrutando de los beneficios que ofrece la Caja de Compensación señalados en la Ley 789 de 2002 y demás normas que la complementen, modifiquen o adicione. Por lo tanto, con la suscripción o envío del presente documento, de forma libre, expresa y voluntaria autoriza para el tratamiento de sus datos personales. Independiente de lo anterior, usted cuenta con los derechos mencionados en el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012. De igual forma, con la suscripción del presente documento el titular del dato personal autoriza para que sus datos personales sean utilizados de conformidad con la finalidad aquí señalada en la política de tratamiento de datos personales, la cual, se encuentra publicada en la pagina www.comfamiliarhuila.com. En caso de proporcionar datos personales de menores de edad sobre los que ostente la calidad de representante legal, se informa que los mismos serán tratados, asegurando el respeto de sus derechos fundamentales.

DEFINICIONES PARA FACILITAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA AFILIACIÓN

Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo. Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de su mismo sexo. Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige o materializa con personas de ambos sexos. Afrocolombiano. Persona que presenta una ascendencia africana reconocida. Indígena. Persona de origen amerindio Raizal del archipiélago de San Andrés y providencia. Persona que se ubica o proviene del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Room o gitano. Persona que se auto-reconoce como perteneciente a este grupo étnico que mantiene su propia lengua llamada Romanés o Romani. Desplazado. Persona desplazada. Es aquella que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional o a abandonar su localidad de residencia Víctima del conflicto armado (No desplazado). Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario	Desmovilizado o en etapa de reinserción o reintegración. Personas que por decisión individual abandonaron voluntariamente sus actividades como miembro de organizaciones armadas al margen de la ley. Damnificado desastre natural. Persona afectada por un desastre, que ha sufrido daño o perjuicio en sus bienes. Cabeza de familia. La persona afiliada (hombre o mujer) quien, estando soltero o casado, tenga bajo su cargo, económica o socialmente, en forma permanente, hijos menores propios u otras personas incapaces o incapacitadas para trabajar. En condición de discapacidad. Personas que presentan déficit, deficiencias o alteraciones en las funciones y/o estructuras corporales (motoras, sensoriales o psíquicas), que pueden limitar sus actividades y restringir su participación en la sociedad. Población migrante. Personas que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, provenientes de un país
--	---

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Tipo de identificación <input type="text"/>	Sexo <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>	Área geografica <input type="text"/>
---	-------------------------------------	---	--

Cédula ciudadanía	Tarjeta de Identidad	Registro Civil	Cédula de Extranjería	NUIP	Pasaporte	Permiso Especial Permanencia	Visa	Carné Diplomático	Certificado Calibido	Certificación de la Secretaría de Educación	Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Hombre	Mujer	Indeterminado	Hijos	Padres	Hermanos	Conyuge o compañero (a)	Fecha de Nacimiento	Pais	Departamento	Municipio	Urbano	Rural			
																							DD	MM	AAAA						
																								DD	MM	AAAA					
																								DD	MM	AAAA					
																								DD	MM	AAAA					
																								DD	MM	AAAA					
																								DD	MM	AAAA					

Declaro bajo la gravedad de Juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfamiliar para que cualquier medio verifiquen los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

NOTA 1: RESPONSABILIDAD EN LA CONSERVACION Y USO DE LA TARJETA MULTISERVICIOS: El afiliado es responsable de la conservación de la Tarjeta Multiservicios y se obliga a custodiársela de tal forma que ninguna otra persona pueda hacer uso de ella. El afiliado asume, el riesgo ante Comfamiliar Huila y ante terceros por cualquier uso indebido que de ella se haga. El costo de reposición de daño o hurto el que defina la corporación, es responsabilidad del afiliado realizar el cambio de clave genérica. Los dineros que se asignen a través de la Tarjeta Multiservicios, que correspondan a inconsistencias en el giro (Sean cobrados o no por el afiliado), la Caja está autorizada para reversar, o compensar con los giros posteriores. Los dineros correspondientes a cuotas del subsidio familiar no cobrados por sus beneficiarios prescriben en los términos de la ley (3 años).

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA AFILIACIÓN

Generalidades
 Las categorías se aplican según el Decreto 8277/2003 para independientes y desempleados. La aplicación De Categorías Tarifarias Para Trabajadores Independientes Del Régimen De Afiliación Voluntaria Para Expansión De Servicios Sociales. Se deberán incluir en la Categoría B a los trabajadores independientes, incluyendo las personas a su cargo, que cancelen el 0.6%, conforme el Artículo 19 de la Ley 789 de 2002. El trabajador independiente que aporte la diferencia hasta completar el 2% tendrá los mismos derechos que se señalan en el parágrafo 1o. del artículo 19 de la Ley 789 de 2002, Una vez afiliado a nuestra Caja de Compensación deberá realizar el pago del 2% o 0.6% de sus ingresos mensuales o del equivalente a 2 smmlv. En la planilla Única, para adquirir los servicios con excepción del subsidio en dinero.

Es de aclarar que en momento que el trabajador no efectuó el pago de los aportes según los términos legales, incurre en mora y no puede utilizar los servicios.

De igual manera informamos que una vez radicada su solicitud de afiliación, empezara a disfrutar de los beneficios que ofrece nuestra caja de Compensación siempre y cuando figure el pago de aportes en la planilla Única.

Importante
 *Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro
 * No escribir en espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas
 * Los documentos probatorios que se anexan, deben ser legibles, sin enmendaduras y sin resaltador

REQUISITOS MINIMOS OBLIGATORIOS

- Formulario de afiliación
- Documento de identidad del trabajador

AFILIADO PENSIONADO SOLTERO: Fotocopia de documento de identidad (CC, CE, CD, TI, PE). Si es menor de edad, fotocopia del permiso del Ministerio de Trabajo.

AFILIADO PENSIONADO CON GRUPO FAMILIAR:

Cónyuge
 *Fotocopia del documento de identidad (CC, CE, CD, TI, PE).
 *Fotocopia de registro civil de matrimonio
 *Si tiene registro con cónyuge y desea afiliar una nueva pareja, deberá presentar constancia de divorcio - liquidación sociedad conyugal - escritura pública - registro de matrimonio con anotación de divorcio o nuevo registro matrimonio

Compañeros Permanentes

*Fotocopia del documento de identidad (CC, CE, CD, TI, PE).
 *Acreditación como compañeros permanentes por medio de unión marital de hecho ante centro de conciliación o formato que Comfamiliar tiene establecido para tal fin
 * Si tiene registro con una pareja y desea afiliar una nueva, deberá presentar constancia de divorcio ante centro de conciliación o formato que Comfamiliar tiene establecido para tal fin

Hijos (Legítimos o Extramatrimoniales) e Hijastros

*Fotocopia del registro civil de nacimiento, a partir de los 7 años fotocopia de los documentos de identidad.

Para los Hijastros, deberá anexar además:

*Formato de Declaración Juramentada de Comfamiliar, donde manifieste que los hijastros conviven y dependen económicamente del trabajador, firmado por padres biológicos y padrastro/madrastra.
 *Custodia del menor hijastro expedida por entidad competente. En caso que el hijastro sea mayor de edad debe presentar certificado de eps, donde certifique que está a cargo del padre biológico(a) y/o padrastro(a).

Hermanos Huérfanos de Padres
 *Fotocopia del registro civil de nacimiento del Trabajador afiliado para acreditar parentesco.
 *Fotocopia del registro civil de nacimiento de los hermanos huérfanos de padres (para acreditar parentesco y edad); para mayores de 7 años presentar tarjeta de identidad y mayores de 18 años documento de identidad.
 *Fotocopia del registro civil de defunción de los padres.
 *Formato de Declaración Juramentada de Comfamiliar, donde manifieste que los hermanos conviven y dependen económicamente del trabajador y que ninguna otra persona los tiene afiliados a esta Caja o a otra Caja de Compensación.

Padres mayores de 60 años


*Fotocopia del registro civil de nacimiento del Trabajador afiliado para acreditar parentesco.
 *Fotocopia del documento de identidad
 *Formato de Declaración Juramentada de Comfamiliar, donde manifieste que los Padres conviven y dependen económicamente del trabajador y que ninguna otra persona los tiene afiliados a esta Caja o a otra Caja de Compensación. Deberá estar firmada por los padres y el trabajador.
 *Certificado de afiliación a EPS, donde conste el tipo de afiliación.

Personas a cargo con Discapacidad

Hijos, Hijastros, Hermanos huérfanos de padres en condición de discapacidad, presentar además:
 *Certificado de afiliación a EPS
 *Certificado de Discapacidad expedido por EPS, donde conste la capacidad física disminuida que le impida trabajar, indicando tipo de discapacidad
Padres del trabajador en condición de discapacidad
 *Certificado de Discapacidad expedido por EPS, donde conste la capacidad física disminuida que le impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

CLASIFICACIÓN DE CATEGORIAS			
TIPO DE PENSIONADO	CATEGORIA	SERVICIOS	
TIPO 1 25 años no pagan aportes	A	Recreacion, Turismo y Capacitación	
TIPO 2 <=1,5 SLMV no pagan aportes	A	Recreacion, deporte y Cultural	
TIPO 3 >1,5 SLMV si pagan aportes	A, B, O C	Servicios según el tipo Aporte PENSIONADOS QUE CANCELAN EL 0.6 % • Centro de formación empresarial • IPS Comfamiliar • Programa adulto mayor • Escuelas Deportivas • Bibliotecas • Gimnasios • Programas Especiales para personas con discapacidad • Centros Vacacionales y Recreativos (Playa Juncal, Termales de Rivera, Sede Social los Cámbulos, Centro de Convenciones y Eventos Comfamiliar Los Lagos).	PENSIONADOS QUE CANCELAN EL 2 % Tienen derecho a todos los servicios que se prestan a los pensionados que pagan el 0.6 % y adicionalmente: • Crédito • Supermercados • Colegio Comfamiliar

Firma y cédula del Afiliado Pensionado	Recibido ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA CAJA DE COMPENSACIÓN	Grabado ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA CAJA DE COMPENSACIÓN	Auditado ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA CAJA DE COMPENSACIÓN	Digitalizado ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA CAJA DE COMPENSACIÓN
---	---	--	---	---

	Nombre Afiliado pensionado _____	Recibido por: _____	Número de radicado _____												
	Número de identificación del Afiliado Pensionado _____	Fecha de recibido: _____													
CAUSALES DE DEVOLUCIÓN:															
Observaciones:															
Fotocopia del documento de identificación <input type="checkbox"/> Datos incompletos <input type="checkbox"/> Formulario con enmendaduras <input type="checkbox"/> Documento ilegible <input type="checkbox"/>															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">CLASIFICACIÓN DE CATEGORIAS</th> </tr> <tr> <th>TIPO 1</th> <th>TIPO 2</th> <th>TIPO 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25 años No pagan aportes Categoría A</td> <td><=1,5 smmlv No pagan aportes Categoría A</td> <td>>1,5 smmlv Si pagan aportes Categoría A, B O C</td> </tr> <tr> <td>Servicios Recreación, Turismo y Capacitación</td> <td>Servicios Recreación, Deporte y Cultura</td> <td>Servicios Depende del tipo de aporte</td> </tr> </tbody> </table>				CLASIFICACIÓN DE CATEGORIAS			TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3	25 años No pagan aportes Categoría A	<=1,5 smmlv No pagan aportes Categoría A	>1,5 smmlv Si pagan aportes Categoría A, B O C	Servicios Recreación, Turismo y Capacitación	Servicios Recreación, Deporte y Cultura	Servicios Depende del tipo de aporte
CLASIFICACIÓN DE CATEGORIAS															
TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3													
25 años No pagan aportes Categoría A	<=1,5 smmlv No pagan aportes Categoría A	>1,5 smmlv Si pagan aportes Categoría A, B O C													
Servicios Recreación, Turismo y Capacitación	Servicios Recreación, Deporte y Cultura	Servicios Depende del tipo de aporte													