Comfamiliar Huila

☐ Nuevo
☐ Actualización

Afiliación del trabajador Pensionados al Sistema de Cajas de Compensación Familiar

Importante:

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

OFICINA VIRTUAL

Ventanilla ☐	F-M-03-01-017 VERSIÓN 1 DICIEMBRE DE 2022
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

☐ Cédula de Ciudadanía
☐ Tarjeta de Identidad
☐ Pasaporte
☐ Permiso Especial de Permanencia (P.E.P)
☐ Visa
☐ Carné Diplomático
☐ Certificado cabildo
☐ Identificación dada secretaría de Educación

Fecha de Expedición	Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo apellido	Fecha de Nacimiento
DD MM AAAA						DD MM AAAA

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No Binario

CAPCIDAD TRABAJO: Normal ☐ Discapacidad ☐

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Union libre ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐ Viudo (a)

País Nacimiento	Departamento Nacimiento	Municipio Nacimiento

PERTENENCIA ÉTNICA: ☐ Afrocolombiano ☐ Indígena ☐ Raizal del archipiélago de san Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ Comunidad Negra ☐ Palanquero ☐ Room/gitano ☐ No se autoreconoce en ninguna de las anteriores

ORIENTACIÓN SEXUAL: ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Información no disponible

FACTOR DE VULNERABILIDAD: ☐ Desplazado ☐ Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados ☐ Hijo (as) de madres cabeza de familia ☐ Población zonas frontera (Nacionales) ☐ Víctima del conflicto armado (No desplazado) ☐ Damnificado desastre natural ☐ En condición de discapacidad ☐ Ejercicio del trabajo sexual ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Cabeza de Familia ☐ Poblacion Migrante ☐ No aplica ☐ No Disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD: ☐ Básica Primaria ☐ Básica ☐ Secundaria ☐ Media ☐ Técnico/Tecnólogico ☐ Profesional Universitario ☐ Posgrado/Maestría ☐ Ninguno ☐ Información no Disponible

DATOS RESIDENCIA DEL PENSIONADO

Reside otro País	País residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia	Dirección residencia	Barrio	área geografica	Teléfono fijo y/o Celular	Correo electrónico
SI ☐ Cual? _____ NO ☐						Rural ☐ Urbano ☐		

INFORMACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PENSIONADO

Valor Pensión	Entidad pagadora	Nit.	Dirección	Fecha De Resolución	No. Resolución
				DD MM AAAA	

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 articulo 5a de la ley 71 de 1988 y articulo 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 adicionen. 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 aqui señalada en la politica 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 Romaní.
Desplazado. Persona desplazada. Es aquella que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio naciónal 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 infracciónes al Derecho Internaciónal Humanitario
Desmovilizado o en etapa de reinserción o reintegración. Personas que por decisión individual abandonaron voluntariamente sus actividades como miembro de organizaciónes 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 alteraciónes en las funciónes 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											Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo		Parentesco					Fecha de Nacimiento			Pais	Departamento	Municipio	Área geografica	
Cédula cuidadanía	Tarjeta de Identidad	Registro Civil	Cédula de Extranjería	NUIP	Pasaporte	Permiso Especial Permanencia	Visa	Camét Diplomático	Certificado Calbildo	Certificación dada Secretaría de Educacion						Hombre	Mujer	Indeterminado	Hijos	Padres	Hermanos	Conyuge o compañero (a)							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 sunimistrada es verídica. Aurotizo 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 custodiarla 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 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 categorias se aplicán segín el Decreto 827/2003 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 efectué 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 escibir 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
1. Formulario de afiliación
2. 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	Grabado	Auditado	Digitalizado
	ESPACIO EXLUSIVO PARA LA CAJA DE COMPENSACIÓN	ESPESPACIO EXLUSIVO PARA LA CAJA DE COMPENSACIÓN	ESPACIO EXLUSIVO PARA LA CAJA DE COMPENSACIÓN	ESPACIO EXLUSIVO PARA LA CAJA DE COMPENSACIÓN

Comfamiliar Huila

Nombre Afiliado pensionado _____ **Recibido por:** _____ **Número de radicado** _____

Número de identificación del Afiliado Pensionado _____ **Fecha de recibido:** _____

CAUSALES DE DEVOLUCIÓN: Fotocopia del documento de identificación ☐ Datos incompletos ☐ Formulario con enmendaduras ☐ Documento ilegible

Observaciones: _____

CLASIFICACIÓN DE CATEGORIAS

TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3
25 años No pagan aportes **Categoria A**	<=1,5 smmlv No pagan aportes **Categoria A**	>1,5 smmlv Si pagan aportes **Categoria A, B O C**
Servicios Recreacion, Turismo y Capacitación	**Servicios** Recreacion, Deporte y Cultura	**Servicios** Depende del tipo de aporte