



**FORMULARIO PARA AFILIACION DE HIJOS, HIJASTROS Y
HERMANOS HUÉRFANOS**

Versión

6

F. Aprobación

18/08/2015

Código

FO-MSF-03

No. RADICACION: _____

No. de Folios: _____

FECHA:

DD

MM

AA

DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de documento: C.C. T.I. C.E. R.C. No. _____ Expedida en: _____

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

DATOS DE LA MADRE (PADRE) DE LOS HIJOS ABAJO RELACIONADOS

Tipo de documento: C.C. T.I. C.E. R.C. No. _____ Expedida en: _____

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Nota: Si va a afiliar a un Hermano huérfano, omite este campo.

DATOS DE HIJOS, HIJASTROS Y/O HERMANOS HUERFANOS

Ord	Nº Documento Identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco			Sexo		Fecha Nacimiento			Discap.	
				Hijo	Htro	Hno	M	F	DD	MM	AAAA	S	N
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Córdoba "Comfactor" con el Nit: 891.080.005-1, para 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 sus finales o vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas, servicios, campañas, promociones o concursos de carácter comercial o 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.

Autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contactos, entre otros: número de teléfono móvil, teléfonos fijos, correo electrónico, dirección de correspondencia o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología

Si No

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada en el presente formulario 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. 586/04 y Res. 058/04.

Firma del trabajador

Firma de la madre (padre) o persona a cuyo cuidado se encuentra el menor

ESPACIO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACTOR

NIT EMPLEADOR

RAZON SOCIAL

CEDULA DEL TRABAJADOR

NIT

Nº de Folios

Fecha Radicación

Nº Radicación

DD

MM

AAAA

Nombre del Trabajador:

Documentos Recibidos:

Hijos: _____

Hijastros: _____

Hermanos Huérfanos _____

Firma y sello de recibido

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Diligencie completamente el formulario, en letra imprenta o máquina, sin tachones ni enmendaduras
 Escriba correctamente el número de identificación del trabajador.
 Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación este correcta.

DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR A ESTE FORMULARIO**1. TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS**

Documentos de identificación del trabajador
 Documento de identificación de la madre o del padre del menor.
 Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
 Certificado de estudio a partir de los 12 años.
 Formato Declaración juramentada del ministerio del trabajo, preferiblemente firmado por la madre.

3. TRABAJADOR CON CONYUGUE E HIJASTROS

Documentos de identificación del trabajador
 Documento de identificación de la madre o del padre del menor.
 Constancia laboral del conyugue
 Formato Declaración juramentada del ministerio del trabajo, preferiblemente firmado por la madre.
 Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
 Certificado de estudio a partir de los 12 años.
 Custodia emitida por IFBC, comisaria de familia o juzgado de familia

2. TRABAJADOR CON CONYUGUE E HIJOS DE LA UNION

Documentos de identificación del trabajador
 Documento de identificación de la madre o del padre del menor.
 Constancia laboral del conyugue
 Formato Declaración juramentada del ministerio del trabajo, preferiblemente firmado por la madre
 Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
 Certificado de estudio a partir de los 12 años.

4. TRABAJADOR CON HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES.

Documentos de identificación del trabajador
 Formato Declaración juramentada del ministerio del trabajo
 Registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
 Registro civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y la edad: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
 Registro civil de defunción de los padres.
 Certificado de estudio a partir de los 12 años.

NOTA: Casos Especiales

El trabajador tendrá derecho a que se le pague doble cuota monetaria por los hijos, hijastros, hermanos huérfanos de padres y madres, sin límite de edad, cuando presenten invalidez debidamente certificada por la junta Regional de Invalidez, por la EPS o por la Administradora de Régimen Subsidiado y anexar historia clínica que le impide trabajar o estudiar y demuestre que se encuentran a su cargo y conviven con él

CAUSALES DE RECHAZO**1. Formatos y/o documentos:**

Mal diligenciados

Ilegibles

Enmendados

Incompletos

Ítems: _____

2. Marque los anexos faltantes o inconsistencias presentadas

Copia de registro civil de _____ que acredite parentesco

Certificado de escolaridad del presente año de _____

Certificado de EPS donde demuestre invalidez _____

3. Otro: _____**POLÍTICA DE PRIVACIDAD**

La Caja de Compensación Familiar de Córdoba-Comfacor, declara que protege los datos suministrados por sus afiliados y no afiliados en virtud de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 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 Comfacor y/o por el tercero que éste determine.

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

- 1) Conocer, actualizar y reciclar sus datos personales frente a Comfacor y/o al tercero que éste determine.
- 2) Solicitar prueba de autorización otorgada.
- 3) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas 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.

Comfacor informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de Comfacor y elevar cualquier solicitud, petición, queja, reclamo o sugerencia, a través de líneas de Atención al Usuario de Comfacor: Línea 7835363 Ext 379-286-100, línea nacional gratuita 018000914813, página web: www.comfacor.com.co opción PQRs y correo electrónico: quejasyreclamos@comfacor.com.co.

