

	FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR Y NÚCLEO FAMILIAR										Código: F-SF-02						
	PROCESO DE SUBSIDIO FAMILIAR										Fecha: 30-07-2021						
											Versión: 01						
ELABORÓ/ ACTUALIZÓ										REVISÓ		APROBÓ					
Analista de Calidad										Líder de proceso Subsidio Familiar		Dirección Administrativa					
Adición	Retiro	Reintegro	1. Datos del trabajador														
Tipo de identificación					Numero de identificación del trabajador					Genero			Estado Civil				
CC	CE	PPT	PEP	TI						M	F	I	CA	UL	SE	SO	VI
Apellidos del trabajador					Nombres del trabajador					Fecha de Nacimiento							
										D D M M A A A A							
Direccion de residencia					Barrio de residencia					Ciudad/Municipio/Vereda			Fecha de Expedición				
													D D M M A A A A				
Celular			Autoriza envio de E-mail		Correo Electronico					Discapacidad							
			SI NO							SI NO							
Nivel de estudio			Factor de vulnerabilidad			Pertenenca Etnica			Orientacion Sexual								
									Heterosexual		Bisexual						
Vivienda Propia			SI	NO	Cabeza de Hogar			SI	NO	Homosexual		No disponible					
* Ver descripcion de estos conceptos al final del formulario																	
2. Datos del empleador																	
Nombre o razon social del empleador							NIT / CC			DV	Telefono empresa						
3. Datos de vinculacion del trabajador																	
Fecha de ingreso a la empresa				Horas total mes		Cargo				Salario Basico Mensual			Trabaja en otra empresa				
D D M M A A A A													SI NO				
Tipo Afiliado				Tipo de salario				Tipo de contrato									
Si su respuesta fue afirmativa, diligencie los siguientes campos																	
NIT / CC				Razon social				Salario		Horas Mes		Recibe Subsidio					
												SI NO					
4. Datos del conyuge y/o compañero(a) permanente																	
1	ADICIÓN	Tipo de identificación					Numero de identificación					Fecha de Nacimiento					
	RETIRO	CC	CE	PPT	PEP	TI						D D M M A A A A					
Apellidos					Nombres												
Celular					Ocupacion			Empresa donde trabaja			Salario Basico Mensual						
5. Datos de los beneficiarios																	
1	ADICIÓN	Parentesco			Tipo de identificación					Numero de identificación			Edad				
	RETIRO	HI	PA	HE	CC	CE	PPT	RC	TI								
Apellidos					Nombres												
Fecha de Nacimiento				Fecha de Expedición				Genero		Discapacidad		Actividad Economica					
D D M M A A A A				D D M M A A A A				M F I		SI NO							
2	ADICIÓN	Parentesco			Tipo de identificación					Numero de identificación			Edad				
	RETIRO	HI	PA	HE	CC	CE	PPT	RC	TI								
Apellidos					Nombres												
Fecha de Nacimiento				Fecha de Expedición				Genero		Discapacidad		Actividad Economica					
D D M M A A A A				D D M M A A A A				M F I		SI NO							
3	ADICIÓN	Parentesco			Tipo de identificación					Numero de identificación			Edad				
	RETIRO	HI	PA	HE	CC	CE	PPT	RC	TI								
Apellidos					Nombres												
Fecha de Nacimiento				Fecha de Expedición				Genero		Discapacidad		Actividad Economica					
D D M M A A A A				D D M M A A A A				M F I		SI NO							
4	ADICIÓN	Parentesco			Tipo de identificación					Numero de identificación			Edad				
	RETIRO	HI	PA	HE	CC	CE	PPT	RC	TI								
Apellidos					Nombres												
Fecha de Nacimiento				Fecha de Expedición				Genero		Discapacidad		Actividad Economica					
D D M M A A A A				D D M M A A A A				M F I		SI NO							
5	ADICIÓN	Parentesco			Tipo de identificación					Numero de identificación			Edad				
	RETIRO	HI	PA	HE	CC	CE	PPT	RC	TI								
Apellidos					Nombres												
Fecha de Nacimiento				Fecha de Expedición				Genero		Discapacidad		Actividad Economica					
D D M M A A A A				D D M M A A A A				M F I		SI NO							
AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS PERSONALES																	
<p>En cumplimiento del artículo 15 de la C.P de Colombia, LSSICE 34 del 11 de julio de 2002, expedido por la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, Decreto 1720 de 2007, Circular 02 de 2015, expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio, artículo 5.4 de la Ley Orgánica de Protección de Datos, Decreto 1377 de 2013, por el cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012, derogado parcialmente por el decreto 1081 d 2015, en concordancia con las políticas de privacidad de la Caja de Compensación Familiar de Sucre, Comfasucre, autorizo a esta Caja de Compensación Familiar a tratar mi información personal y la información personal de los menores de edad a quienes represento para: recolectarla, almacenarla, procesarla, circularla, suprimirla, compartirla y transmitirla de acuerdo con los términos y condiciones de las Políticas de Tratamiento de Datos Personales Vigentes la cual puede consultar en nuestro sitio www.comfasucre.com.co, así como los mecanismos dispuestos para ejercer sus derechos; con el fin de hacer posible la prestación de los servicios, para reportes a autoridades de control y vigilancia y fines de uso administrativo, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos. Como titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos en el momento que lo soliciten, presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio, por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder de forma gratuita a los mismos.</p>																	
<p style="text-align: right;">SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Firma Trabajador</p>																	
Firma del trabajador (a)					Firma y sello de la empresa					Sello de Radicación							
Numero de Documento																	
Observaciones																	
Para uso exclusivo de COMFASUCRE, Numero de documentos aceptados																	
Registro Civil	Declaracion Juramentada	Certificado Escolar	Fotocopia Cedula	Fotocopia Tarjeta Identidad	Certificado EPS	Certificado Discapacidad	Registro Defuncion	Custodia Legal	Copia Desprendible	Certificado Laboral Conyuge							