



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA COMFENALCO
NIT. 890.700.148-4
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, COLOMBIANOS EN EL EXTERIOR
SE DEBE DILIGENCIAR LA TOTALIDAD DE CAMPOS DEL FORMULARIO

Código: FO-SUB
Fecha: Marzo 2024
Versión: 11
S.G.C.

INDEPENDIENTE PENSIONADO COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR

INFORMACIÓN TRABAJADOR

1. Tipo documento identidad: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> _____				
2. No. documento identidad:	3. Lugar de expedición:	4. Fecha de expedición (dd/mm/aaaa):	5. Género y Orientación sexual: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro: _____	
6. Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	
7. Celular:	8. Discapacidad: <input type="checkbox"/> Tipo: _____	9. Correo electrónico:	10. Tipo de vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>	
11. Dirección residencia:	12. Barrio:	13. Municipio:	14. Departamento:	15. Sector: Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
16. Lugar de nacimiento:	17. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	18. Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		
19. Nivel escolaridad: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otros: _____		20. Pasatiempos:	21. Deportes que prefiere:	

INFORMACIÓN SECUNDARIA OPCIONAL (Datos solicitados por disposición Superintendencia de Subsidio Familiar)

22. Ocupación: Técnico <input type="checkbox"/> Empleado oficina <input type="checkbox"/> Operario <input type="checkbox"/> Servicios y vendedores <input type="checkbox"/> Sector Agrícola <input type="checkbox"/> Otros _____		24. Pertenencia étnica: Comunicad negra <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Resguardo <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Otros: _____		
23. Condición de vulnerabilidad: Desplazado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Desmovilizado <input type="checkbox"/> Damnificado <input type="checkbox"/> Otros: _____				

INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

25. Tipo documento identidad: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> _____				
26. No. documento identidad:	27. Lugar de expedición:	28. Fecha de expedición (dd/mm/aaaa):	29. Género y Orientación sexual: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro: _____	
30. Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	
31. Celular:	32. Discapacidad: <input type="checkbox"/> Tipo: _____	33. Correo electrónico:	34. Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero(a) <input type="checkbox"/>	
35. Trabaja: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	36. Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aaaa):	37. Recibe Subsidio: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	38. Si recibe Subsidio, indique a través de que Caja:	

INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Tipo	No. Documento Identidad	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Discapacidad		Fecha nacimiento	Parentesco (Hijo, Hijastró, Madre, Padre, Hermano, Dependiente por custodia)
							SÍ	NO		

INFORMACIÓN EXCLUSIVA INDEPENDIENTES

39. Ingreso Promedio Mensual: \$ _____	40. Porcentaje de Aporte: Aporte del 2% <input type="checkbox"/> Aporte del 0,6% <input type="checkbox"/>
--	---

INFORMACIÓN EXCLUSIVA PENSIONADOS

41. Ingresos mesada: \$ _____	42. Tipo de cotización pensionado: Aporte 2% <input type="checkbox"/> Aporte 0,6% <input type="checkbox"/> Pensionado fidelidad <input type="checkbox"/> Régimen 1.5 SMMLV <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--

INFORMACIÓN COLOMBIANOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR

43. Primer período de Aportes: Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/>	Exclusivo pensionados por fidelidad Semanas cotizadas en resolución de pensión <input type="text"/> <input type="text"/>	No. Resolución y fecha <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---	---

Observaciones Comfenalco Tolima:

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINACIÓN DE RECURSOS

Declaro bajo la gravedad de juramento que los activos, ingresos, bienes y demás recursos constitutivos de Patrimonio provienen de actividades legales, mi actividad y negocios no esta relacionada con dineros, recursos o activos con el delito de lavado de activos o de la financiación del terrorismo y no he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con lavado de activos o financiación del Terrorismo.

Acepto cancelar como Independiente / Pensionado ó Colombiano Residente en el Exterior los aportes a Caja de Compensación, simultáneamente a los demás que exija la legislación colombiana; declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí suministrada es verídica, autorizo a COMFENALCO TOLIMA para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por Ley.

IMPORTANTE: PARA CULMINAR EL PROCESO DE AFILIACIÓN POR FAVOR DILIGENCIAR AL RESPALDO DE ESTE FORMULARIO:

- TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
- EN CASO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA

Autorizo el tratamiento de datos personales: Sí

Firma y CC del afiliado

Firma y sello COMFENALCO TOLIMA



REQUISITOS AFILIACIÓN TRABAJADOR INDEPENDIENTE:

- * Una fotocopia del Documento de Identidad al 150% legible.
- * Certificado de no afiliación de la Caja de Compensación Comfatolima.
- * Carta solicitud de afiliación (hoja 3 del formulario).

Nota: El Pago de aportes debe realizarlo por PILA mes vencido.

Aporte 2%: Tiene derecho a todos los servicios, con excepción de Subsidio Monetario.

Aporte 0,6%: Únicamente tendrán acceso a servicios de Recreación, Turismo y Capacitación.

- El Trabajador Independiente debe realizar los aportes sobre el Ingreso Base de Cotización al Sistema de Seguridad Social a través de PILA a los dos Regímenes Salud y Caja de Compensación en forma simultánea (Artículo 19, Ley 789 de 2002).

- **Es de anotar que el Independiente no tiene derecho a subsidio en dinero de acuerdo con lo establecido en la Ley 789 de 2002.**

IMPORTANTE:

1. En caso de no desear continuar afiliado, favor enviar una comunicación escrita informando su voluntad de retiro, para ello es importante estar al día en el pago de aportes. Si esta comunicación no es enviada oportunamente, se cobrarán los aportes dejados de cancelar hasta el mes en que se reciba dicha comunicación.
2. En caso de mora por dos meses consecutivos será desafiliado por mora reincidente.
3. Podrá reclamar su Tarjeta Verde en el Edificio Sede de Comfenalco, ubicado en Ibagué, Cra. 5 Cll. 37 Esquina, 5 días después de la Afiliación (Trabajadores que se afilian por primera vez).

REQUISITOS AFILIACIÓN TRABAJADOR PENSIONADO:

- * Una fotocopia del Documento de Identidad al 150% legible.
- * Certificado de no afiliación de la Caja de Compensación Comfatolima.
- * Último desprendible mesada pensional.
- * Carta solicitud de afiliación (hoja 3 del formulario).

Aporte 2%: Tiene derecho a todos los servicios, con excepción de Subsidio Monetario.

El Pensionado debe realizar el pago de aporte durante los primeros cinco (05) días de cada mes en la Tesorería de la Caja. En caso de mora por dos meses consecutivos será desafiliado por mora reincidente. También puede cancelar los Aportes consignando en cuenta Banco Davivienda No. 166100004562 y enviando copia de la consignación al correo seccionaportes@comfenalco.com.co

Pensionado por Fidelidad: Pensionado con 25 años o más cotizados al Sistema de Cajas de Compensación (mas de 1,300 semanas cotizadas), tienen derecho a los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo, exceptuando el Subsidio Monetario, sin tener que efectuar pago alguno por concepto de aportes mensuales.

Pensionado con menos de 1.5 SMLMV: Únicamente tiene derecho a los servicios de Recreación, Deportes y Cultura. No tiene derecho a Subsidio Monetario. Solo podrá afiliarse a Comfenalco Tolima, si esta fue la última Caja a la que estuvo vinculado durante su actividad laboral, no debe pagar aportes mensuales.

Pensionado con aportes 0,6%: Depende del ingreso tiene derecho a Servicios así:

Mesada inferior a 1,5 SMMLV: Recreación, Cultura, Turismo, Capacitación.

Mesada superior a 1,5% SMMLV: Recreación, Capacitación y Turismo.

NOTA: Pensionados que no cancelan aportes mensuales, al tomar servicios a los que tienen derecho, deben cancelar el servicio de acuerdo a la tarifa que corresponda. En el caso que tomen un servicio que no está contemplado dentro de aquellos a que tienen derecho según el tipo de afiliación, deben pagar el 2% de aportes mensuales y además el valor del servicio de acuerdo a la categoría.

IMPORTANTE:

1. En caso de no desear continuar afiliado, favor enviar una comunicación escrita informando su voluntad de retiro, para ello es importante estar al día en el pago de aportes. Si esta comunicación no es enviada oportunamente, se cobrarán los aportes dejados de cancelar hasta el mes en que se reciba dicha comunicación.
2. Para el caso de los Afiliados que pagan aporte, en caso de mora por dos meses consecutivos sin realizar el pago, serán desafiliado por mora reincidente.
3. Podrá reclamar su Tarjeta Verde en el Edificio Sede de Comfenalco, ubicado en Ibagué, Cra. 5 Cll. 37 Esquina, 5 días después de la Afiliación (Trabajadores que se afilian por primera vez).
4. Para dar cumplimiento al Decreto 867 de 2014, el Pensionado deberá anualmente actualizar la información correspondiente a la mesada pensional que se encuentren percibiendo.
5. Si está interesado en cambiar de modalidad de afiliación, deberá manifestar su intención por escrito para que el traslado pueda validarse correctamente.
6. Afiliado por 25 años o más, deberá anexar la resolución de pensión en donde se pueda evidenciar el total de semanas cotizadas al sistema el cual deberá estar por encima de las 1.300 semanas.

REQUISITOS AFILIACIÓN COLOMBIANOS RESIDENTES EN EL EXTERIOR:

- * Una fotocopia del Documento de Identidad al 150% legible.
- * Certificado de pago por planilla única PILA, donde figure el pago a Caja de Compensación.
- * Certificado de Supervivencia expedido por la representación consular en el exterior que debe ser renovable cada 6 meses.

Aporte 2%: Sobre el IBC declarado, que en todo caso no debe ser inferior a 2 SMMLV.

IMPORTANTE:

1. La afiliación se dará por terminada al retorno del afiliado al país, para lo cual debe dar aviso mediante comunicación escrita.
2. En caso de mora por dos meses consecutivos será desafiliado por mora reincidente.

Ibagué, _____ de 20 _____

Señores
COMFENALCO TOLIMA
Departamento de Subsidio y Aportes
IBAGUÉ - TOLIMA

Asunto: Solicitud de afiliación a Caja de Compensación Familiar

Cordial saludo,

En mi calidad de Trabajador Independiente ó Pensionado

SOLICITO realizar mi afiliación a la Caja de Compensación Familiar COMFENALCO TOLIMA.

Datos personales:

Nombres y Apellidos: _____

Documento de Identidad (Tipo y Número): _____

Domicilio: _____

Ciudad y Departamento: _____

Lugar donde se causan los salarios: _____

Afiliación anterior a otra Caja de Compensación: Sí Cuál _____ No

Persona: Natural Jurídica

Valor mensual de los ingresos: _____

Fuente de ingresos: _____

Nota: Si estuvo afiliado anteriormente a otra Caja de Compensación Familiar, debe anexar el paz y salvo correspondiente, válido para afiliación a otra Caja de Compensación Familiar.

Cordialmente,

CC
Celular: