FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, FACULTATIVOS, PENSIONADOS Y ACREDITACIÓN DE PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

Colsubsidio

Espacio reservado para el sello de radicación

Colsubsidio
03524C5167629 A D
2024-04-12 10:57 Anexos: 1
E - Recibido Servicios (0)
SUJETO A VERIFICACIÓN

I. TIPO DE NOVEDAD [X] Afiliación [ ] Novedad [ ] Traslado

Fecha de Radicación: DÍA MES AÑO

II. NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS	DATOS I
[ ] Nombres	[ ] Hijos	[ ] Voluntario	[ ] Dire
[ ] Documentos de identificación	[ ] Hermanos	[ ] Cotizante por fallecimiento	[ ] Correo electrónico
[ ] Estado civil	[ ] Padres	[ ] Personas a cargo	Fecha Novedad DÍA MES AÑO
[ ] Cambio de Aporte	[ ] Hijastros	[ ] Cese de convivencia	Otra:
	[ ] Dependiente por Custodia	[ ] Cambio de grupo familiar	

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT [X] C.C. [ ] C.E. [ ] C.D. [ ] PE [ ] PT [ ] No. 900944242	Nombre o Razón Social: KYR SOLUCIÓN	Sector Oficial [ ] Público [ ] Privado [X] Mixto [ ]	Sucursal:
Dirección: KR 19 B 24-09	Departamento: Bolívar		Teléfono: 3007326741

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente [X]	Servicio Doméstico [ ]	Madre Comunitaria [ ]	Taxista Independiente 2% [ ]	Pensionado aporte del 0% [ ]	Pensionado aporte del 0,6% [ ]	Pensionados aporte del 2% [ ]	Fidelidad 25 años [ ]	Facultativos aporte del 0,6% [ ]	Facultativos aporte del 2% [ ]	Independiente aporte 0,6% [ ]

Independiente aporte 2% [ ]	Residente en el exterior [ ]	Veterano [ ]	¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI [ ] NO [ ]	Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál:	Otro

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres: ALDEMAR	Primer Apellido: OVIEDO	Segundo Apellido: REYES

C.C. [X] C.E. [ ] C.D. [ ] T.I. [ ] PE [ ] PT [ ] RC [ ] No. 1052044278	Estado Civil: SO [X] CA [ ] SE [ ] UL [ ] VI [ ]	Fecha de Nacimiento AÑO MES DÍA: 1994 05 14	Género: M [X] F [ ] I [ ]

Nivel Ocupacional: Operativo [X] Administrativo [ ] Directivo [ ] Staff [ ] Ejecutivo [ ] Profesional [ ] Técnico [ ]

Nivel Educativo: Ninguno [ ] Primaria [ ] Secundaria [X] Técnico [ ] Profesional [ ] otro [ ]

Ingreso a la empresa AÑO MES DÍA: 2024 04 12	Horas/mes: 240	Trabajador: UR [X] RU [ ]	Salario básico/mesada: 1300000	Celular: 3219458940	EPS (Solo para independientes)	AFP (Solo para independientes)

Dirección vivienda: CLL 6 #3B 25-19	Municipio: Bolívar	Departamento: Bolívar	Rural [ ] Urbano [X]	Teléfono:
Dirección Trabajo: CLL 13 #20-19	Municipio: Bolívar	Departamento: Bolívar	Rural [ ] Urbano [X]	Teléfono:
Correo Electrónico: aldemaroviedo2011@gmail.com	País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior)	Programa (Sólo no dependientes)		

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA [ ] Actualmente [ ] Trabajo Anterior Fecha retiro: _____ Fecha afiliación: _____

Nombre o razón social:	Nit:	Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. [ ] C.E. [ ] C.D. [ ] T.I. [ ] PE [ ] PT [ ] No.	Fecha de nacimiento: AÑO MES DÍA	Género: M [ ] F [ ] I [ ]	Trabaja: SI [ ] NO [ ]	Salario básico:	Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DÍA

Nombres:	Primer apellido:	Segundo apellido

Razón social:	NIT:	Recibe subsidio: SI [ ] NO [ ]	Caja por la cual recibe subsidio

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR (Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la Circular Única Básica Jurídica expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar).

Marca de acción en el sitio: ESPECIAL	CM	SERVICIO	TIPO	No. Documento identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco: Cotizante	Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	Custodia	Fecha de Nacimiento AÑO MES DÍA	Género

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte, actualizar tu información y enviarte todos los beneficios para disfrutar todo lo que tenemos para ti. Recuerda tener presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación en Supermercados, Droguerías, Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, dentro (5) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, bendas y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: 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 las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y 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. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI [ ] NO [ ]

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición o queja o reclamo a través de:
Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900,línea nacional gratuita 018000947900, pagina web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información 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.2340/03, Dec. 568/04 y Res. 058/04.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE : Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Aldemar oviedo R.
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio SI [ ] NO [X]	No. Folios: 60	Causal de rechazo (Ver respaldo)	Código Revisor: 3099	Observaciones

www.colsubsidio.com

Versión 003 Super Subsidio

Colsubsidio GS.FC.190 Versión 3

Powered by CamScanner