comfama

Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

Datos del empleador

Tipo de Identificación NIT	CC	CE	PA	RC	TI	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente Agrupación	Subnivel

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación CC	CE	PA	RC	TI	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
1 2 3	$				DD MM AAAA		SI ____ NO ____

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación			
				SI		NO	Cual?
				SI		NO	Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación CC	CE	PA	RC	TI	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
										F M	DD MM AAAA	1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación CC	CE	PA	RC	TI	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco Cónyuge	Hijo	Padrastro/Madrastre	Discapacidad	Fecha de Nacimiento DD	MM	AAAA	Género Femenino	Masculino

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio cuota monetaria a través de:

- ☐ Cuenta Personal — Número de cuenta _____
  - Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente
  - Entidad financiera _____
- ☐ Tarjeta de afiliación
- ☐ Pago con documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago.

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este, y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web Comfama http://WWW.COMFAMA.COM. Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí consignados y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, por esto la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012.

Implicancia si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye:

- Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuevos y de terceros.
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama, con entidad nacional o extranjera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice análisis de administración de riesgos.
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biométrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado ningún vínculo contractual con Comfama actual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera segura y confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible. ☐ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a través del nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente email: protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 43 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Comfama
Sede El Carmen de V.
27 AGO 2024
RECIBIDO

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama

Cód. 159 - V14

- Copia (Empleador) -