

No. Radicación

I. TIPO DE NOVEDAD

☐ Inscripción Trabajador ☐ Adición de personas a cargo ☐ Modificación de Información ☐ Traslado

II. DATOS DEL EMPLEADOR

☐ NIT ☐ C.C. ☐ C.E.	Nombre o razón social	Sucursal
Dirección	Teléfono	Celular

III. DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR

☐ C.C. ☐ C.E. ☐ T.I.	Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Nivel de Escolaridad	Fecha de ingreso a la Empresa
Día Mes Año	☐ 1. Soltero ☐ 2. Separado ☐ 3. Viudo ☐ 4. Unión Libre ☐ 5. Casado	☐ 1. Preescolar ☐ 4. Media ☐ 7. Media adultos ☐ 2. Básica ☐ 5. Básica adultos ☐ 8. Primera infancia ☐ 3. Secundaria ☐ 6. Secundaria adultos ☐ 9. Técnico/Tecnológico ☐ 10. Profesional universitario ☐ 11. Posgrado/Maestría ☐ 12. Ninguno ☐ 13. Información no disponible	Día Mes Año
Sexo ☐ Masc ☐ Fem	Socio Propietario	Nivel Ocupacional	Horas que labora al mes
Barrio	Dirección Vivienda	Municipio	Salario Mensual
Dirección Trabajo	Departamento	Estrato	Teléfono Casa
Teléfono Oficina	Correo Electrónico	Celular	
Trabajo de servicio doméstico ☐ Si ☐ No	Trabajador sector agrario ☐ Si ☐ No	Veterano de la Fuerza Pública ☐ Si ☐ No	Trabajador ☐ Rural ☐ Urbano
País	Orientación Sexual*	Pertenencia Étnica*	Residente en zona ☐ Rural ☐ Urbano
	☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ No disponible	☐ Raíz del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena ☐ Palenquero ☐ Ninguno de las anteriores	
Factor de Vulnerabilidad* ☐ Hijo (as) de madres cabeza de hogar ☐ En condición de discapacidad ☐ Población migrante ☐ Población zonas frontera (Nacionales) ☐ No aplica ☐ Desplazado ☐ Víctima del conflicto armado (No desplazado) ☐ Desmovilizado o reinsertado ☐ Damnificado desastre natural ☐ Cabeza de familia ☐ Ejercicio del trabajo sexual ☐ Hijos (as) de desmovilizados o reinsertantes			

INFORMACIÓN OTROS EMPLEADOS PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre o razón social de otro empleador para el cual trabaja	NIT	Horas que labora al mes	Salario Mensual	Caja por la cual recibe Subsidio

DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUAL TRABAJÓ ANTERIORMENTE

Nombre o razón social para el cual trabajó anteriormente	NIT	Fecha del retiro (aaa/mm/dd)	Mes último de Subsidio	Caja Anterior

IV. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO

☐ C.C. ☐ C.E. ☐ T.I.	Nombre	Primer apellido	Municipio de residencia
		Segundo apellido	☐ Rural ☐ Urbano
Ocupación	Fecha de Nacimiento	Sexo	Trabaja Si ☐ No ☐
☐ 1. Pensionado ☐ 2. Desempleado ☐ 3. Hogar ☐ 4. Empleado ☐ 5. Independiente ☐ 6. Otro	Día Mes Año	☐ Masc ☐ Fem	Salario Mensual
Recibe Subsidio Si ☐ No ☐			Fecha de Ingreso a la Empresa
			Día Mes Año
Caja por la cual recibe Subsidio			

V. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

B. Tipo	No. Doc. Identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco	Estudios/Actividades	Fecha de Nacimiento	Sexo	Municipio de residencia
				Hijo Hno Padre		DD MM AAAA	M F	☐ Rural ☐ Urbano
B. Tipo	No. Doc. Identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco	Estudios/Actividades	Fecha de Nacimiento	Sexo	Municipio de residencia
				Hijo Hno Padre		DD MM AAAA	M F	☐ Rural ☐ Urbano
B. Tipo	No. Doc. Identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco	Estudios/Actividades	Fecha de Nacimiento	Sexo	Municipio de residencia
				Hijo Hno Padre		DD MM AAAA	M F	☐ Rural ☐ Urbano

Centro Integral de Servicios. CIS. Centro Comercial Los Ejecutivos. Bloque B Local 26. PBX: 6514917-6513603 y La Matuna. ave. Venezuela No. 8-20. PBX: 6723810

☐ Acepto el tratamiento de datos personales

He sido informado(a) por COMFENALCO CARTAGENA de lo siguiente: (i) Los datos suministrados en este documento serán tratados para los siguientes propósitos: Lograr una eficiente comunicación relacionada con los servicios y demás actividades relacionadas con las funciones propias de COMFENALCO como CAJA DE COMPENSACIÓN, alianzas, estudios, contenidos, así como las demás entidades que tengan una relación directa o indirecta, y para facilitarle el acceso general a la información de éstos. Enviar o utilizar la información para fines contractuales, de atención al cliente, de marketing (Tales como análisis de consumos, trazabilidad de marca entre otros), Comerciales, (Tales como beneficios, promociones, descuentos, campañas vigentes, eventos promocionales, escritos, imágenes, mensajes de datos, marcas aliadas y programas de las marcas propias o de los aliados entre otros), actualizar datos y brindar información relevante; (ii) Es facultativo responder preguntas sobre datos sensibles o de menores de edad; (iii) Como titular de los datos y/o representante del menor, tengo los derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información o revocar esta autorización; (iv) En caso de no ser resuelta mi solicitud directamente, y subsidiariamente, tengo derecho a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio, acorde con la ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias; (v) Mis derechos y obligaciones, los puedo ejercer observando estrictamente la Política de Tratamiento de Información de COMFENALCO CARTAGENA disponible en www.comfenalco.com y (vi) El correo electrónico atencionalcliente@comfenalco.com

En virtud de lo anterior, autorizo de manera previa, expresa, informada e inequívoca a COMFENALCO CARTAGENA para que trate los datos que suministro en este documento para los fines señalados anteriormente. Adicionalmente, autorizo la transferencia internacional de mis datos.

Declaro que los datos de terceros, los suministro tras haber obtenido previamente su autorización y en virtud de mi relación de parentesco con ellos.

Manifiesto haber sido informado acerca de la no obligatoriedad de las respuestas a las preguntas que me sean hechas, cuando éstas versen sobre datos sensibles, tales como origen racial o étnico, orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos, datos relativos a la salud, la vida sexual y los datos biométricos o sobre los datos de los niños, niñas y adolescentes.

AUTORIZACION PARA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Autorizo expresamente para que mediante el correo electrónico: _____ COMFENALCO me notifique electrónicamente cualquier comunicación y aviso que este requiera comunicar. De igual forma, autorizó recibir dicha notificación a través de los medios que COMFENALCO disponga para ello como MSM, APP, Comfeweb, Mensajes de voz.

En caso que la caja de compensación me realice el pago de cuota monetaria sin que tenga derecho al beneficio, por incumplimiento de los requisitos establecidos por la ley y las normas que lo regulan, o en caso que me sean cancelados valores adicionales al monto de la cuota monetaria establecido por la superintendencia del subsidio familiar para cada vigencia, autorizo de forma libre expresa y voluntaria, a que dichos valores, me sean descontados de la cuota monetaria que deba cancelar la caja de compensación por cada una de mis personas a cargo.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Cédula de ciudadanía _____

