

Fecha de Radicación		
Día	Mes	Año

No. Radicación

1. 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

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

INFORMACIÓN OTROS EMPLEADOS PARA LOS CUALESTRABAJA

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

IV. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO/ CUIDADOR DE BENEFICIARIO CON DISCAPACIDAD

C.C.C.E.T.I.	Nombre	Primer apellido	Municipio de residencia
		Segundo apellido	Rural Urbano
Ocupación	Fecha de Nacimiento	Sexo	Trabaja Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> 1. Pensionado <input type="radio"/> 2. Desempleado <input type="radio"/> 3. Hogar <input type="radio"/> 4. Empleado <input type="radio"/> 5. Independiente <input type="radio"/> 6. Cuidador de Beneficiario <input type="radio"/> 7. Otro _____	Día Mes Año	O Mas O Fem	Fecha de Ingreso a la Empresa
			Día Mes Año
Recibe Subsidio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Caja por la cual recibe Subsidio	
En caso de registro de Conyugue como Cuidador de beneficiario con discapacidad indique aquí los datos de persona con discapacidad:			
Nombre de Beneficiario con discapacidad:		Numero documento Identificación	Fecha de nacimiento (aaaa/mm/dd)

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	
									<input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbano
									<input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbano
									<input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbano

VI. EMPLEADOR SOLICITANTE		Espacio reservado para sello
Declaro bajo gravedad de juramento que este informe ha sido examinado por mí y que todos los datos contenidos son exactos		
Firma responsable y sello _____	Firma y C.C. del trabajador _____	
PARA USO RESPONSABLE DE LA CAJA		
Recibe Sub	Observaciones: _____	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
No. Benefic. _____		

Centro Integral de Servicios. CIS. Centro Comercial Los Ejecutivos. Bloque B Local 26. PBX: 6938000 - línea gratuita 01 8000 18 0544.

Autorizo libre y voluntariamente a COMFENALCO CARTAGENA, como responsable del tratamiento de los datos, para la recolección, almacenamiento, uso, transmisión y/o transferencia de los datos personales suministrados en este formulario, con la finalidad de: (I) Uso de servicios de la caja de compensación, tales como, pero sin limitarse a: recreación, vivienda, turismo, deportes, cultura, educación formal, productos financieros, etc. (II) Actividades de mercadeo, ventas y promocionales, telemarketing (mercadeo telefónico), servicio al cliente, actividades de activación de marca, premios y promociones, directamente o a través de terceros derivados de alianzas comerciales o de cualquier vínculo. (III) Diligenciamiento de encuestas. (IV) Reporte a centrales de riesgo. (V) Transmitir o transferir la información a un tercero para que ejerza actividades que contribuyan al desarrollo de la operación diaria de la compañía, tales como, pero sin limitarse a: servicios de cobranza, realización de convenios, etc. (VI) Gestión de productos financieros adquiridos con la caja de compensación. (VII) Beneficio de subsidios que les aplique. (VIII) Establecer de manera integral e histórica completa, el comportamiento que, como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. (IX) Realizar todas las gestiones de orden tributario, contable, fiscal y de facturación. Como Titular de los datos tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir y revocar la autorización, los cuales puedo ejercer a través del correo electrónico: protecciondatos@comfenalco.com, línea de atención telefónica: (605) 6938000 o en los Centros Integrales de Servicios al Cliente (CIS) que podrán ser consultados en la Política de tratamiento de datos personales (<https://www.comfenalco.com/>).

Acepto el tratamiento de datos personales

AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

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 servicioalcliente@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 _____