



Estamos cumpliendo sueños
NIT. 892.399.989 - 8

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCION DE PENSIONADOS Y PERSONAS A CARGO PARA LOS SERVICIOS DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

E- MAIL: servicioalcliente@comfacesar.com
CALLE 14 No. 14 - 66 TEL: 5743795 - 5743861

CÓDIGO: F - SU - 026

VERSIÓN: 3

FECHA: 05/05/2017

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO

MARQUE CON UNA "X"

NUEVA (S) NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO

DATOS DEL PENSIONADO QUE SOLICITA LA AFILIACION

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				No. DE IDENTIFICACION			FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		C.C.	T.I.	C.E.	NIIP				AÑO	MES	DIA	F	M
ESTADO CIVIL ACTUAL				NIVEL EDUCATIVO				PROFESION							
SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE		PRIM. COMPLETA	BTO. COMPLETO	TECNOLÓGICO									
SEPARADO	DIVORCIADO	VIUDO		PRIM. INCOMPLETA	BTO. INCOMPLETO	UNIVERSITARIO									
DIRECCION DE RESIDENCIA		BARRIO DE RESIDENCIA		TELÉFONO				EPS A LA QUE PERTENEZCO							
		MUNICIPIO DE RESIDENCIA													
FECHA Y NUMERO DE LA RESOLUCION QUE LE OTORGO LA PENSION		VALOR DE LA PENSION MENSUAL (MESADA)		VALOR 2% DE LA MESADA				VIVE EN CASA PROPIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA PAGADORA		CÓDIGO		NIT				NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN DE PENSIONADOS A LA QUE PERTENECE							
								TELÉFONO							

INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL PENSIONADO QUE SE AFILIA

Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				NUMERO DE IDENTIFICACION	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO				DISCAPACITADO			
				C.C.	C.E.	R.C.	T.I.		F	M	AÑO	MES	DIA	CONYUGE	PADRES	HUERO	HUERFANO		SI	NO	

Autorizo a la entidad pagadora de mi mesada:

Para que me sea deducido el 2% del valor mensual de mi pensión (mesada) y dicha deducción sea destinada a la Caja de Compensación Familiar COMFACESAR con el fin de cubrir el aporte mensual por mi afiliación, en cumplimiento del artículo 6 de la Ley 71 de 1988 y artículo 32 y siguientes del decreto 784 de 1989.

FIRMA DEL PENSIONADO Y CC.

La entidad pagadora se da por notificada sobre la autorización de la deducción del 2% de la mesada del pensionado con destino a la Caja de Compensación Familiar del Cesar COMFACESAR para cubrir el aporte mensual de la afiliación a la Caja de dicho pensionado

FIRMA AUTORIZADA Y SELLO DE LA ENTIDAD PAGADORA

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

RECEPCION DOCUMENTOS

REVISADO POR

DIGITADO POR

FECHA



VIGILADO SuperSubsidio

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

CÓDIGO: F - SU - 026

VERSIÓN: 3

FECHA: 05/05/2017

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexas, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.
- b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos inter-institucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.
- c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.
- d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.
- e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

FIRMA: _____

CEDULA: _____

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra impresa o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso particular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCION

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.

1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.
5. Si el trabajador se encuentra activo por otra empresa.

TODA AFILIACION PARA SERVICIOS DEBE ESTAR SOPORTADA POR:

Fotocopia de la cédula del trabajador, del cónyuge o compañero (a) permanente. (Si es por primera vez)

PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Quando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfacesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO:

● HIJOS:

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad para niños mayores de 7 años. (Para el reporte a entidades gubernamentales que lo requieran)
- Registro civil de los niños con parentesco (que diga el nombre de los padres). (Si es por primera vez)
- Fotocopia de la cédula de ambos padres de los niños a afiliarse, si es fallecido y el número de cédula no aparece en el registro civil, presentar la constancia de defunción. (Si es por primera vez o la Caja la solicita.)
- Si el trabajador es hombre, la madre de los niños debe tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, certificando convivencia y dependencia económica. (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar constancia expedida por el médico especialista donde éste certifique que la incapacidad le impide trabajar.
- Presentar la constancia de trabajo del cónyuge (si este labora).

NOTA: A partir de los doce años se debe presentar la constancia de estudio de los niños afiliados y posteriormente todos los 10 de marzo de cada año para que no se le suspenda el pago de la cuota

● HIJASTROS:

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, certificando convivencia y dependencia económica. (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)
- Copia de la cédula del trabajador. (Si es por primera vez)
- Registro civil del niño con parentesco del trabajador, es decir que diga el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Copia de la cédula del padre biológico y madre. (Si es por primera vez)
- Registro de defunción del padre o madre si es fallecido. (Si es por primera vez). O informar, y la Caja solicita directamente esta información.
- Constancia de estudio si el niño es mayor de 12 años.
- Tarjeta de Identidad si es mayor de 7 años. (Para el reporte a entidades gubernamentales que lo requieran)
- Constancia laboral del cónyuge.
- Custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente. (ICBF, Comisaría de Familia, Juzgado de Familia etc...)

● CÓNYUGES:

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del cónyuge. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, certificando convivencia con el trabajador. (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)

● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años):

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia de la cédula del trabajador. (Si es por primera vez)
- Registro civil o partida de bautismo del trabajador con parentesco. (Si es por primera vez)
- Copia de la cédula del padre o madre que vaya a afiliarse. (Si es por primera vez)
- Si tiene padres inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar constancia expedida por el médico especialista donde éste certifique que la incapacidad le impide trabajar.
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta ni pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación. (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)

● HERMANOS HUERFANOS DE PADRES (Ambos padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Para la afiliación de hermanos se realiza visita de trabajo social para determinar dependencia y convivencia económica con el trabajador. Para los que residen fuera del área de influencia de la Caja presentar declaración juramentada indicando la dependencia económica y convivencia con el hermano.
- Tarjeta de identidad para niños mayores de 7 años (Para el reporte a entidades gubernamentales que lo requieran), o copia de la cédula si es discapacitado mayor de edad.
- Registro civil del trabajador que incluya el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Registro civil del hermano que incluya el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Registro de defunción de ambos padres. (Si es por primera vez)
- Certificación escolar si es mayor de 12 años
- Si tiene hermanos inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar constancia expedida por el médico especialista donde éste certifique que la incapacidad le impide trabajar.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR

DERECHOS

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley.
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

DEBERES

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación
2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.
3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.
4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.
5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que afecte su calidad de beneficiario.
6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.
7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.
8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.
9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.
10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.
11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.