



AFILIACIONES Y NOVEDADES DE TRABAJADORES

Fecha de Radicación		
Día	Mes	Año

--

I. TIPO DE NOVEDAD

Inscripción Trabajador
 Adición de personas a cargo
 Modificación de información
 Traslado

II. DATOS DEL EMPLEADOR

<input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA	Nombre o Razón Social:	Sucursal:
Dirección:		Departamento:
		Teléfono:

III. DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR

<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PA	Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:																																															
<table border="1"> <tr><th colspan="3">Fecha de Nacimiento</th></tr> <tr><th>Día</th><th>Mes</th><th>Año</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		Fecha de Nacimiento			Día	Mes	Año				<table border="1"> <tr><th colspan="2">Estado civil</th></tr> <tr><td>1. Soltero</td><td>2. Casado</td></tr> <tr><td>3. Separado</td><td>4. Unión Libre</td></tr> <tr><td>5. Viudo</td><td></td></tr> </table>	Estado civil		1. Soltero	2. Casado	3. Separado	4. Unión Libre	5. Viudo		<table border="1"> <tr><th colspan="2">Nivel Ocupacional</th></tr> <tr><td>1. Operativo</td><td>2. Administrativo</td></tr> <tr><td>3. Directivo</td><td>4. Staff</td></tr> <tr><td>5. Ejecutivo</td><td>6. Profesional</td></tr> <tr><td>7. Técnico</td><td>8. Servicio Domestico</td></tr> </table>	Nivel Ocupacional		1. Operativo	2. Administrativo	3. Directivo	4. Staff	5. Ejecutivo	6. Profesional	7. Técnico	8. Servicio Domestico	<table border="1"> <tr><th colspan="2">Nivel Educativo</th></tr> <tr><td>1. Ninguno</td><td>2. Primaria</td></tr> <tr><td>3. Secundaria</td><td>4. Técnico</td></tr> <tr><td>5. Profesional</td><td>6. otro</td></tr> </table>	Nivel Educativo		1. Ninguno	2. Primaria	3. Secundaria	4. Técnico	5. Profesional	6. otro	<table border="1"> <tr><th colspan="3">Fecha de Ingreso a la Empresa</th></tr> <tr><th>Día</th><th>Mes</th><th>Año</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Fecha de Ingreso a la Empresa			Día	Mes	Año				Horas que labora al mes
Fecha de Nacimiento																																																		
Día	Mes	Año																																																
Estado civil																																																		
1. Soltero	2. Casado																																																	
3. Separado	4. Unión Libre																																																	
5. Viudo																																																		
Nivel Ocupacional																																																		
1. Operativo	2. Administrativo																																																	
3. Directivo	4. Staff																																																	
5. Ejecutivo	6. Profesional																																																	
7. Técnico	8. Servicio Domestico																																																	
Nivel Educativo																																																		
1. Ninguno	2. Primaria																																																	
3. Secundaria	4. Técnico																																																	
5. Profesional	6. otro																																																	
Fecha de Ingreso a la Empresa																																																		
Día	Mes	Año																																																
Sexo Fem. <input type="checkbox"/>	Socio Propietario <input type="checkbox"/>	Salario Mensual:																																																
Dirección Trabajo:		Departamento:	Municipio:																																															
		Teléfono Oficina:	Trabajador Urbano Rural																																															
Dirección Vivienda:		Municipio:	Alcaldía Menor Localidad:																																															
		Estrato:	Teléfono casa:																																															
Numero de Celular:		Correo Electrónico:																																																

IV. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES 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

V. DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUAL TRABAJÓ ANTERIORMENTE

Nombre o razón social para el cual trabajó anteriormente	Nit.	Fecha del retiro	Mes último de subsidio	Caja Anterior
		DD MM AAAA		

VI. INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A)

<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PA	Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:																										
<table border="1"> <tr><th colspan="2">Nivel Educativo</th></tr> <tr><td>1. Ninguno</td><td>2. Primaria</td></tr> <tr><td>3. Secundaria</td><td>4. Técnico</td></tr> <tr><td>5. Profesional</td><td>6. Otro</td></tr> </table>	Nivel Educativo		1. Ninguno	2. Primaria	3. Secundaria	4. Técnico	5. Profesional	6. Otro	<table border="1"> <tr><th colspan="3">Fecha de Nacimiento</th></tr> <tr><th>Día</th><th>Mes</th><th>Año</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Fecha de Nacimiento			Día	Mes	Año				Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Trabaja? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Salario Mensual:	<table border="1"> <tr><th colspan="3">Fecha de Ingreso a la Empresa</th></tr> <tr><th>Día</th><th>Mes</th><th>Año</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Fecha de Ingreso a la Empresa			Día	Mes	Año			
Nivel Educativo																													
1. Ninguno	2. Primaria																												
3. Secundaria	4. Técnico																												
5. Profesional	6. Otro																												
Fecha de Nacimiento																													
Día	Mes	Año																											
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																													

VII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Con Sub.	No. Doc. Identificación	Tipo	Nombres	Apellidos	Parentesco			Certificado Escolar	Verificación Supervivencia	Fecha de Nacim.			Sexo	
					Hijo	Hno.	Padre			DD	MM	AAAA	M	F

VIII. EMPLEADOR 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. 586/04 y Res. 058/04.

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE DEL EMPLEADOR
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--	--	--	--

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, para 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 sus filiales o 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 o 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.

Autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contactos, entre otros: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI NO

FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Diligencie completamente el formulario preferiblemente en letra imprenta o a máquina, sin tachones ni enmendaduras.
2. Escriba correctamente el número de identificación del trabajador y el NIT. de la empresa.
3. Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación este completa.

RECUERDE QUE PARA SER BENEFICIARIO DE LA CUOTA MONETARIA DEBE TENER EN CUENTA QUE :

1. Debe ser trabajador permanente que labore un mínimo de 96 horas por mes, con una remuneración mensual igual o inferior al equivalente a cuatro salarios mínimos legales vigentes y tener personas legalmente a cargo.
 2. Se consideran personas a cargo únicamente:
 - Los hijos y/o hermanos huérfanos de padres menores de 18 años. Para los hijos o hermanos huérfanos mayores de 12 años se requiere adjuntar certificados de estudio. Si son inválidos deben demostrar la incapacidad para trabajar o estudiar y recibirán doble cuota de subsidio familiar.
 - Los padres mayores de 60 años que dependan económicamente del trabajador y que ninguno de los dos reciba renta, pensión ni salario.
 - Los padres menores de 60 años que demuestren invalidez o capacidad física disminuida que les impida trabajar, recibirán doble cuota del subsidio familiar.
 3. Si el trabajador labora en más de una empresa, se tendrá en cuenta la suma de los dos salarios recibidos en cada empleo.
 4. Se tendrá en cuenta la suma de los ingresos laborales de los dos padres, y en caso de que estos no superen los cuatro salarios mínimos, se pagará cuota monetaria a cada padre por los mismos hijos sobre los que se demuestre el derecho.
 5. Si sumados los ingresos laborales del trabajador y su cónyuge no superan los seis salarios mínimos legales vigentes, sólo se pagara cuota monetaria a uno de los padres por los hijos sobre los cuales demuestre el derecho.
 6. Si sumados los ingresos laborales de los dos padres superan seis salarios mínimos legales vigentes ninguno podrá recibir cuota monetaria.
- Nota:
- Si se cumple con los anteriores requisitos se debe adjuntar la documentación exigida para cada caso, de acuerdo con la guía de afiliación que se ha entregado a los empleadores.
 - Aquellos trabajadores que no tienen derecho a la cuota monetaria, igualmente deben relacionar a las personas de su grupo familiar, para la debida utilización de los programas y servicios que la caja ofrece a sus afiliados.

CAUSALES DE RECHAZO

1. Formatos y/o documentos mal diligenciados, ilegibles, enmendados o incompletos. Numerales: _____
2. Falta de documentos soporte:
 - 2.1 Identificación C.C C.E T.I P.A de: _____
 - 2.2 Copia de registro civil de _____ que acredite parentesco
 - 2.3 Copia de la partida o registro civil de matrimonio
 - 2.4 Copia del acta o registro civil de defunción de _____
 - 2.5 Copia de la sentencia de la separación de cuerpos o declaración rendida por dos testigos de este hecho.
 - 2.6 Fotocopia de la cédula de ciudadanía del padre y/o de la madre.
 - 2.7 Copia del contrato de trabajo.
 - 2.8 Copia de la Certificación de Ingresos y Retenciones o la Declaración de Renta.
 - 2.9 Manifestación escrita rendida por el(los) padre(s), que acredite la convivencia y dependencia económica respecto del trabajador y que no recibe(n) renta, pensión ni salario.
 - 2.10 Manifestación escrita rendida por la madre o padre de los menores, que acredite dependencia económica de los hijos respecto del trabajador(a).
 - 2.11 Manifestación escrita rendida por el (la) conyuge o compañero(a) que acredite actividad independiente o la calidad de desempleado.
 - 2.12 Certificado de escolaridad del presente año de: _____
 - 2.13 Certificado de invalidez de: _____
 - 2.14 Certificado expedido por el empleador del conyuge o compañero(a) en el cual conste si recibe o no cuota monetaria y el valor de su salario mensual.
 - 2.15 Certificado del otro empleador cuando labora medio tiempo.
3. otro: _____

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

La Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, declara que protege los datos suministrados por sus afiliados y no afiliados en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular. Dicho tratamiento podrá realizarse directamente por Colsubsidio y/o por el tercero que éste determine.

Colsubsidio informa al titular de los datos personales que le asisten los siguientes derechos:

- 1) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a Colsubsidio y/o al tercero que éste determine.
- 2) Solicitar prueba de la autorización otorgada.
- 3) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas, solicitudes y reclamos.
- 4) Revocar la autorización y/o solicitar ante la Superintendencia de Industria y Comercio la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.
- 5) Acceder en forma gratuita a sus datos personales.

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de Colsubsidio y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de:

Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audioservicio Bogota 7450999 opción 8, línea nacional gratuita 018000910500, pagina web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com

Así mismo puede consultar la ley de protección de datos personales en nuestro sitio WEB: www.colsubsidio.com

En la ciudad de _____ Dpto. de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____

Yo _____ identificado(a) con tipo de documento de identificación _____

número _____ de _____, manifiesto libre y voluntariamente que:

1. La(s) persona(s) relacionada(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica:

Nombres y Apellidos completos	Tipo y N° de documento de identificación	Parentesco

2. Declaro que el señor(a) _____ identificado(a) con tipo de documento _____ con número _____ de _____ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace _____ años.


3. Declaro que mi(s) padre / madre, relacionado(a) (s) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a)(s) a otra Caja de Compensación Familiar.

4. Declaro que desconozco la ubicación del señor(a) _____ padre/madre biológico(a) del menor _____ identificado _____, por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificado laboral.

5. Yo _____ identificado con C.C. número _____, que anteriormente me identifiqué con la T.I. número _____, soy padre / madre biológico (a) del menor _____, tal como consta en el registro civil que anexo.

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERIDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

Firma del declarante _____ De _____	Firma Padre _____ Firma Madre _____	Espacio reservado para Caja de Compensación
--	--	---

PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL S.A.S			
LISTADO DE DOCUMENTOS PARA PROCESO DE INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS CCF Y EPS			
DOCUMENTOS BENEFICIARIOS			
	CCF	EPS	
HIJOS MENORES DE 6 AÑOS			
FOTOCOPIA DE REGISTRO CIVIL	X	X	
HIJOS MAYORES DE 7 AÑOS			
FOTOCOPIA DE REGISTRO CIVIL	X	X	
FOTOCOPIA TARJETA DE IDENTIDAD	X	X	
HIJOS MAYORES DE 12 AÑOS			
FOTOCOPIA DE REGISTRO CIVIL	X	X	
FOTOCOPIA TARJETA DE IDENTIDAD	X	X	
CERTIFICADO ESCOLARIDAD EXPEDICION NO MAYOR A 30 DIAS	X		
PADRES MAYORES DE 60 AÑOS			
FOTOCOPIA REGISTRO CIVIL DEL TRABAJADOR	x	x	
FOTOCOPIA CEDULA BENEFICIARIO AMPLIADA A 150%	x	x	
CERTIFICACION EPS O SISBEN COMO BENEFICIARIO	x		
SI EL TRABAJADOR ES CASADO			
FOTOCOPIA DE REGISTRO CIVIL O ACTA DE MATRIMONIO	X		
SI EL TRABAJADOR VIVE EN UNION LIBRE			
FOTOCOPIA CEDULA DEL CONYUGUE AMPLIADA AL 150%	X	X	
EN CASO DE QUE EL CONYUGUE TRABAJE CERTIFICADO LABORAL EXPEDICION NO MAYOR A 30 DIAS	X		
NOTA: POR NINGUN MOTIVO SE RECIBE DOCUMENTACION INCOMPLETA O ILEGIBLE			
LA RECEPCION DE DOCUMENTOS PARA INCLUSIÓN A EPS SER REALIZA DE LUNES A VIERNES EN HORARIO DE 7:30 AM A 10:30 AM Y DE 2:00 PM A 4:30 PM Y PARA CCF LOS DIAS LUNES O JUEVES EN EL MISMO HORARIO			
CUALQUIER DUDA QUEJA O SUGERENCIA COMUNICARSE AL TELEFONO 3458077 EXT 1022			
NOMBRE CONTACTO: FABIAN CORONADO			