



NIT. 890.480.023-7

**AFILIACIONES**  
**NOVEDADES TRABAJADORES**  
F-AYS-01-V2

Fecha de Radicación		
Día	Mes	Año

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

Sexo
 Socio
 Propietario
 Nivel Ocupacional
 Horas que labora al mes
 Salario Mensual

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
 Trabajador
 Residente en zona

País
 Orientación Sexual\*
 Pertenencia Étnica\*

Factor de Vulnerabilidad\*

**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
 Segundo apellido
 Municipio de residencia

Ocupación
 Fecha de Nacimiento
 Sexo
 Trabaja
 Fecha de Ingreso a la Empresa

Recibe Subsidio
 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	<input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbano
					Hijo Hno Padre		DD MM AAAA	M F	<input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbano
					Hijo Hno Padre		DD MM AAAA	M F	<input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbano

<b>VI. EMPLEADOR SOLICITANTE</b>		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 _____		
<b>PARA USO RESPONSABLE DE LA CAJA</b>		
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: 6514917-6513603 y La Matuna, ave. Venezuela No. 8-20. PBX: 6723810

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](mailto: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](http://www.comfenalco.com) y (vi) El correo electrónico [atencionalcliente@comfenalco.com](mailto: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, autorizé 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 \_\_\_\_\_