

	FORMULARIO PARA AFILIACION DE PADRES MAYORES DE 60 AÑOS	Versión	5
		F. Aprobación	18/08/2015
		Código	FO-MSF-04

No. RADICACION: _____ No. de Folios: _____

FECHA: DD MM AA

DATOS DEL TRABAJADOR					
Tipo de documento:		No.		Expedida en:	
<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> T.I.	<input type="checkbox"/> C.E.	<input type="checkbox"/> R.C.		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		

DATOS DEL PADRE					
Tipo de documento:		No.		Expedida en:	
<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> T.I.	<input type="checkbox"/> C.E.			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Fecha Nacimiento		Lugar de Nacimiento			
DD	MM	AAAA	Departamento:		Vereda:
Dir. Residencia		Barrio	Departamento	Municipio	Vereda

DATOS DE LA MADRE					
Tipo de documento:		No.		Expedida en:	
<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> T.I.	<input type="checkbox"/> C.E.			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Fecha Nacimiento		Lugar de Nacimiento			
DD	MM	AAAA	Departamento:		Vereda:
Dir. Residencia		Barrio	Departamento	Municipio	Vereda

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES	
<p>Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Córdoba "Comfactor" con el Nit: 891.080.005-1, 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 finales 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, servicios, 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.</p> <p>Autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contactos, entre otros: número de teléfono móvil, teléfonos fijos, correo electrónico, dirección de correspondencia o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada en el presente formulario 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. 586/04 y Res. 058/04.

Firma del trabajador

Firma del Padre

Firma de la madre

ESPACIO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACTOR	
NIT EMPLEADOR	RAZON SOCIAL

CEDULA DEL TRABAJADOR	NIT	Nº de Folios	Fecha Radicación			Nº Radicación
			DD	MM	AAAA	
Nombre del Trabajador						Firma y sello de recibido
Documentos Recibidos:						
Padre mayor de 60 años: _____						
Madre mayor de 60 años: _____						

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Diligencie completamente el formulario, preferiblemente en letra imprenta o a máquina, sin tachones ni enmendaduras.

Escriba correctamente el número de identificación del trabajador y el NIT de la empresa.

Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación este completa.

Nota: Solo uno de los hijos puede afiliar a los padres mayores de 60 años.

DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR A ESTE DOCUMENTO

Documento de identificación del trabajador

Documento de identificación del padre o la madre

Registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco

Formato Declaración juramentada del ministerio del trabajo.

Certificado de la EPS de los padres donde conste el tipo de afiliación.

NOTA: Casos Especiales

El trabajador tendrá derecho a que se le pague doble cuota monetaria por los hijos, hijastros, hermanos huérfanos de padres y madres, sin límite de edad, cuando presenten invalidez debidamente certificada por la junta regional de invalidez, por la EPS o por la Administradora del Régimen Subsidiado y anexar historia clínica que le impide trabajar o estudiar y demuestre que se encuentran a su cargo y conviven con él.

ESPACIO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACOR**CAUSALES DE RECHAZO**

1. Formatos y/o documentos:

Mal diligenciados

Ilegibles

Enmendados

Incompletos

Ítems:

2. Marque los anexos faltantes o inconsistencias presentadas

Registro civil de nacimiento del trabajador para demostrar parentesco

Fotocopia de cédula de ciudadanía de los padres.

Certificado de EPS donde demuestre el tipo de afiliación

3. Otro:

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

La Caja de Compensación Familiar de Córdoba-Comfacor, 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 Comfacor y/o por el tercero que éste determine.

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

- 1) Conocer, actualizar y reciclar sus datos personales frente a Comfacor y/o al tercero que éste determine.
- 2) Solicitar prueba de autorización otorgada.
- 3) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas 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.

Comfacor informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de Comfacor y elevar cualquier solicitud, petición, queja, reclamo o sugerencia, a través de líneas de Atención al Usuario de Comfacor: Línea 7835363 Ext 379-286-100, línea nacional gratuita 018000914813, página web: www.comfacor.com.co opción PQRS y correo electrónico: quejasyreclamos@comfacor.com.co.

