

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones que se encuentran al respaldo

I. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN

A. Tipo de Afiliado: Dependiente Independiente Madre Comunitaria Servicio Doméstico Pensionado Veterano de las Fuerzas Armadas Otro

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

1. Tipo de identificación: CC TI CE RC PT		2. Número de Identidad		3. 1er. Apellido		1er. Nombre		4. Género M H I		
				2do. Apellido		2do. Nombre				
5. Fecha de nacimiento AAAA MM DD	6. Fecha expedición doc. Identidad AAAA MM DD	7. Departamento expedición doc. Identidad	8. Municipio expedición doc. Identidad	9. Nacionalidad	10. Nivel de Escolaridad Grado Profesión		11. Categoría Discapacidad			
País de residencia		12. Dirección residencia		Departamento		Municipio / Corregimiento / Vereda		Barrio		13. Sector Rural Urbano
14. Teléfono		15. Celular		16. Correo Electrónico		17. Estado civil Soltero Casado Viudo Unión libre Divorciado Separado				

III. INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

18. Cónyuge Compañero(a)		19. Tipo de identificación: CC TI CE RC PT		20. Número de Identidad		21. 1er. Apellido		1er. Nombre		22. Género M H I	
						2do. Apellido		2do. Nombre			
23. Fecha de nacimiento AAAA MM DD	24. Fecha de expedición Doc. ID AAAA MM DD	25. Departamento de expedición Doc. ID	26. Municipio de expedición Doc. ID	27. Nacionalidad	28. Nivel de Escolaridad Grado Profesión		29. Categoría Discapacidad				
30. Fecha inicio relación marital AAAA MM		31. Celular		32. Correo electrónico		33. Trabaja SI NO	34. Tipo ID	35. Número de Nit	Dígito de Verificación	36. Nombre o razón social	
37. Sector Rural Urbano		38. Tipo salario Fijo Variable		39. Salario Básico \$		40. Cargo		41. Jornada Número Horas Mensual		42. Caja de Compensación / Recibe Subsidio Monetario SI NO	
										43. Cuidador SI NO	

IV. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Si su beneficiario es mayor de edad (18 años) relacionar los datos del contacto de estos (correo electrónico y celular) en los campos de información de contacto beneficiarios.

Documento		Nombres completos de beneficiarios		Información contacto beneficiarios		49. Género		50. Parentesco		51. Fecha de nacimiento			52. Fecha de expedición Doc. ID			54. Escolaridad						
44. T.ID	45. Número de ID	46. Primer y Segundo Apellido		46. Primer y Segundo Nombre		47. Correo Electrónico	48. Celular	Mujer	Hombre	Hijo	Hijastro	Padres	Hermano	En Custodia	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Nivel de Escolaridad	Grado
															AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
															AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
															AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
															AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
															AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		

V. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR, ENTIDAD PENSIONADORA O EMPRESA CONTRATANTE

55. T. ID	Número NIT		Dígito Verificación	Empresa o entidad pensionadora				Sucursal	Sector Rural Urbano		
56. Fecha ingreso a la empresa AAAA MM DD	57. Fecha de Traslado al departamento del Valle del Cauca AAAA MM DD		58. Fecha pènsion AAAA MM DD	59. Tipo contrato Fijo Indefinido		60. 1. Déposito electrónico a través de Celular: Forma pago subsidio Kupi Daviplata		2. Transferencia electrónica a cuenta Tipo de cuenta: Ahorros Corriente Banco: Número de cuenta: (adjunte certificado bancario)			
61. Tipo salario Fijo Variable		Salario Básico \$		62. Cargo				63. % Aportes 0% 0,6% 2% Fidelidad		64. Jornada Número Horas Mensual	

VI. OTRO EMPLEADOR

65. T.I.	66. Número NIT		Dígito Verificación	67. Nombre o razón social				68. Sector Rural Urbano			
69. Tipo salario Fijo Variable		Salario Básico \$		70. Cargo				71. Jornada Número Horas Mensual		72. Caja de Compensación	73. Recibe Subsidio Monetario SI NO

VII. INFORMACIÓN EXCLUSIVA TRABAJADOR INDEPENDIENTE - OTRO

74. Actividad económica		75. Valor mensual ingreso		76. Fecha de Inicio Actividad AAAA MM DD		77. Eps		78. % Aportes 0% 0,6% 2%	
79. Observaciones									

VIII. DATOS SENSIBLES: (CE 0007 de 2019 SSS)

79. Factor de Vulnerabilidad	80. Orientación de género	81. Pertenencia Étnica	82. Resguardo Indígena	83. Pueblo indígena
------------------------------	---------------------------	------------------------	------------------------	---------------------

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a COMFENALCO VALLE DEL AGENTE el tratamiento de mis datos personales (o de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad mental que represento), para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la corporación ha adaptado. Igualmente declaro haber informado a los titulares pertenecientes a mi grupo familiar que usaré sus datos personales y que cuento con la autorización de los mismos, para las finalidades consignadas en la mencionada Política, publicada en la página web www.comfenalcovalle.com.co, la cual declaro conocer y por ello estar informado de las finalidades de dicho tratamiento al estar en ella consignadas. También declaro que he sido informado para el ejercicio de mis derechos (acceder, conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, etc.), podrá dirigirme ante la corporación únicamente a través del correo electrónico servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co, las líneas telefónicas 8862727-018000938585, diligenciando los formatos de los buzones de sugerencias y de manera presencial en las sedes de la corporación o enviando comunicación escrita a la dirección calle 5 # 6-63 en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca). Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como mi imagen, datos de salud, datos biométricos, datos de menor de edad, origen étnico, género, condición de discapacidad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Comfenalco Valle Delagente a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 6).

El procedimiento de prescripción lo podrá consultar en la página web <https://www.comfenalcovalle.com.co/>

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información que he condensado en el presente formulario es veraz, autorizo que la información sea verificada en cualquier momento por COMFENALCO VALLE DEL AGENTE.	
Firma autorizada y sello de la empresa (si lo tiene)	Firma y C.C. del trabajador
Firma y sello recibido por Comfenalco Valle Delagente	

Instrucciones para diligenciar este formulario

(Formulario de afiliación de trabajadores y beneficiarios al sistema de subsidio familiar)

Diligencie el formulario a máquina o en letra imprenta legible, sin enmendaduras.

I. Información de la Afiliación

A. Tipo de Afiliado

Marque con una X el tipo de afiliado correspondiente:

Trabajador Dependiente - Pensionado - Independiente - Madre Comunitaria - Servicio Doméstico - Veterano - Otro

II. Información del trabajador.

1. Registre el código que corresponda según su tipo de identificación, de acuerdo a la tabla:

Código	Descripción del Tipo de Documento (T.ID)
RC	Registro Civil de Nacimiento, es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años.
TI	Tarjeta de Identidad, es el documento expedido por la Registraduría del Estado Civil con el que se identifican los menores entre 7 y 17 años.
CC	Cédula de Ciudadanía, es el documento expedido por la Registraduría de Estado Civil con el que se identifica las personas al cumplir los 18 años de edad.
CE	Cédula de Extranjería, es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La vigencia de la cédula de extranjería será por un término de 5 años.
PT	Permiso temporal de protección. Es el documento exclusivo para los ciudadanos venezolanos que se encuentren actualmente dentro del país.

- Escriba el número completo del documento de identificación.
- Nombre del trabajador: Apellidos y nombres como figura en su documento de identificación.
- Genero: Marque con una X: M: Mujer. H: Hombre. I: Indeterminado.
- Fecha de Nacimiento: Escriba el año, mes y día de nacimiento. Según documento de identificación.
- Fecha de expedición documento de identidad: escriba año, mes y día. Según documento de identificación.
- Escriba el departamento de expedición de documento de identificación.
- Escriba el municipio de expedición de documento de identificación.
- Escriba su país de nacionalidad.
- Nivel de escolaridad: escriba el código según nivel de escolaridad:

Código	Descripción	Código	Descripción
01	Preescolar	08	Primera Infancia
02	Básica	09	Técnico/Tecnológico
03	Secundaria	10	Profesional Universitario
04	Media	11	Posgrado/Maestría
05	Básica adultos	12	Ninguno
06	Secundaria adultos	13	Información no disponible
07	Media adultos		

Profesión: Escriba el nombre de su profesión

11. Categoría Discapacidad: Registre el código que corresponda según su Categoría Discapacidad:

Código	Categoría Discapacidad
01	Física
02	Visual
03	Auditiva
04	Psicosocial
05	Mental
06	Sordo-ceguera
07	Múltiple

- Dirección residencia (Lugar donde vive el trabajador) escriba dirección de residencia. Departamento, Municipio, corregimiento o vereda y barrio.
- Sector: Marque con una X el sector el cual pertenece su sitio de residencia.
- Teléfono: Escriba el número telefónico fijo de su residencia.
- Celular: Escriba el número celular de su propiedad.
- Correo electrónico: Escriba la dirección de su correo electrónico.
- Estado Civil: Marque con una X su estado civil.

III. Información del cónyuge o compañero permanente.

- Relación con el cotizante: Marque con una X la casilla correspondiente según su relación.
- T.ID: Registre el código que corresponda según su tipo de identificación, según la tabla que se encuentra en el numeral 1 de este instructivo.
- Escriba el número completo del documento de identificación.
- Nombre del cónyuge o compañero: Apellidos y nombres como figura en su documento de identificación.
- Genero: Marque con una X: M: Mujer. H: Hombre. I: Indeterminado.
- Fecha de Nacimiento: Escriba año, mes y día de nacimiento. Según documento de identificación.
- Fecha de Expedición documento de identidad: Escriba año, mes y día. Según documento de identificación.
- Escriba el departamento de expedición de documento de identificación.
- Escriba el municipio de expedición de documento de identificación.
- Escriba la nacionalidad.
- Nivel de escolaridad: El código que corresponde según su nivel de escolaridad, según la tabla que se encuentra en el numeral 10 de este instructivo.
- Tipo de discapacidad: Registre el código que corresponda según su tipo de discapacidad según tabla que se encuentra en el numeral 11.
- Fecha de Inicio relación marital: Escriba Año y mes de inicio de unión marital.
- Celular
- Correo electrónico
- Trabaja. Marque con una X en la casilla correspondiente.
- T. ID Escriba el tipo de documento de la empresa donde labora su cónyuge o compañero(a).
- Número de NIT: Escriba el número de NIT de la empresa donde labora su cónyuge o compañero(a). Escriba el Dígito de Verificación.
- Nombre o Razón Social: Escriba el nombre de la empresa donde labora su cónyuge o compañero(a).
- Sector: Marque con una X el sector de la ubicación de domicilio de la empresa donde labora su cónyuge o compañero(a).
- Tipo salario: Marque con una X el tipo de salario y escriba el salario básico de su cónyuge o compañero(a).
- Salario Básico
- Cargo: Escriba el cargo que tiene su cónyuge o compañero(a).
- Jornada: Escriba el número de horas mensuales que labora su cónyuge o compañero(a).
- Caja de Compensación: Escriba el nombre de la caja de compensación donde está afiliado su cónyuge o compañero(a). Recibe Subsidio: Marque con una X en la casilla correspondiente, si recibe subsidio o no.
- Cuidador Cónyuge o Compañero(a) permanente: Marque con una X la casilla correspondiente, si el Cónyuge o Compañero(a) cumple las condiciones de cuidador como se indica en los requisitos de documentos.

IV. Información del Grupo Familiar

- T. ID. Registre el código que corresponde según su tipo de Identificación, según la tabla que se encuentra en el numeral 1 de este instructivo.

- Escriba el número completo del documento de identificación.
- Nombres completos de beneficiarios: Escriba apellidos y nombres como figura en su documento de identificación.
- Correo electrónico
- Celular
- Genero: Marque con una X: M: Mujer. H: Hombre. I: Indeterminado.
- Parentesco: Marque con una X el parentesco que tiene con el beneficiario: Hijo, Hijastro, Padres, Hermanos, Beneficiarios de Custodia
- Fecha de Nacimiento: Escriba el año, mes y día de nacimiento. Según documento de identificación.
- Fecha de Expedición documento de identidad: Escriba año, mes y día. Según documento de identificación.
- Tipo de Discapacidad: Registre el código que corresponda según su tipo de discapacidad según tabla que se encuentra en el numeral 11.
- Nivel de Escolaridad: El código que corresponde según su nivel de escolaridad, según la tabla que se encuentra en el numeral 10 de este instructivo.

V. Información del Empleador, Entidad Pensionadora o Empresa Contratante.

- T.ID: escriba el código que corresponda a el tipo de documento de la empresa en el espacio de acuerdo a la siguiente tabla

Código	Descripción del Tipo de Documento Empleador (T.ID)
NI	Número de Identificación Tributaria
TI	Tarjeta de Identidad, es el documento expedido por la Registraduría del Estado Civil con el que se identifican los menores entre 7 y 17 años.
CC	Cédula de Ciudadanía, es el documento expedido por la Registraduría de Estado Civil con el que se identifica las personas al cumplir los 18 años de edad.
CE	Cédula de Extranjería, es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La vigencia de la cédula de extranjería será por un término de 5 años.

Número de NIT: Escriba el número de NIT de la empresa. Dígito Verificación: Escriba el Dígito de Verificación.

Nombre o Razón Social: Escriba el nombre de la empresa donde labora el dependiente, la entidad pensionadora o el nombre de la empresa contratante del independiente.

Sucursal: Escriba el código de la sucursal de la empresa.

Sector: Marque con una X el sector el cual pertenece el domicilio de la empresa donde labora el dependiente, entidad pensionadora para el pensionado o nombre de la empresa contratante para el independiente.

- Fecha de ingreso a la Empresa
- Fecha de traslado al departamento del Valle del Cauca
- Fecha de pensión: Escriba Año, Mes y día en que fue otorgada la pensión. (Aplica para Pensionado)
- Tipo de contrato: (Aplica para el trabajador dependiente) Marque con una X el tipo de vinculación laboral.
- Forma de Pago subsidio: Si su elección es 1. Deposito electrónico a través de celular: marque con un X Kupi o Daviplata. Si escoge 2. Transferencia electrónica Marque el tipo de cuenta, el Banco y el número de cuenta. Adjunte el certificado bancario
- Tipo salario: Marque con una X el tipo de salario y escriba el salario básico o mesada pensional.
- Cargo: Escriba el nombre del cargo asignado.
- % Aportes: Marque con una X el porcentaje de aportes que como pensionado va a cancelar: Fidelidad: Aplica para pensionados que cotizaron más de 25 años a una Caja de Compensación Familiar. 0%: Aplica para Pensionados que devenguen menos de 1.5 SMMMLV. 0.6% o el 2%
- Jornada: Escriba el número de horas mensuales que labora ordinariamente.

VI. Información de Otro Empleador.

- T. ID: Registre el código que corresponde según su tipo de documento de la empresa, según la tabla que se encuentra en el numero 50 de este instructivo.
- Número de NIT: Escriba el número de NIT de la empresa y el dígito de verificación.
- Nombre o Razón Social. Escriba el nombre de la empresa donde labora.
- Sector: Marque con una X el sector el cual pertenece la empresa.
- Tipo salario: Marque con una X el tipo de salario y escriba el salario básico.
- Cargo: Escriba el nombre del cargo asignado.
- Jornada: Escriba el número de horas mensuales que labora ordinariamente.
- Caja de Compensación: Escriba el nombre de la caja de compensación donde está afiliado.
- Recibe Subsidio: Recibe Subsidio Familiar Monetario, marque con una X en la casilla correspondiente.

VII. Información Exclusiva Persona o Trabajador Independiente

- Actividad económica: Escriba el código CIU vigente. Es la actividad económica principal. (Aplica para trabajador independiente)
- Valor mensual ingreso: Escriba el valor mensual recibido por el desarrollo de su actividad económica.
- Fecha inicio Actividad: Escriba la fecha de su inicio de Actividad como Independiente
- EPS: Escriba el nombre de la EPS donde se encuentra afiliado.
- % Aportes: Marque con una X el porcentaje de aportes que va a cancelar. 0.6% Aplica para pensionados e independiente. 2.0% Aplica para pensionado e independientes.

VIII. Datos Sensibles: (CE 0007 de 2019 SSF)

- Factor de Vulnerabilidad: Registre el código que corresponda según su factor de vulnerabilidad.

Código	Descripción	Código	Descripción
1	Desplazado	7	Hijo (as) de madres cabeza de familia
2	Víctima del conflicto armado (No desplazado)	8	En condición de discapacidad
3	Desmovilizado o reinsertado	9	Población migrante
4	Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados	10	Población zonas frontera (Nacionales)
5	Damificado desastre natural	11	Ejercicio del trabajo sexual
6	Cabeza de familia	12	No aplica

- Orientación Sexual: Registre el código que corresponda según su factor de vulnerabilidad.

Código	Descripción
1	Heterosexual
2	Homosexual
3	Bisexual
4	No disponible

- Pertenencia Étnica: Registre el código que corresponda según su factor de vulnerabilidad.

Código	Descripción
1	Afrocolombiano
2	Comunidad negra
3	Indígena
4	Palanquero
5	Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
6	Room/gitano
7	No se auto reconoce en ninguno de los anteriores
8	No Disponible

- Resguardo indígena: Diligencie el nombre del resguardo indígena al cual pertenece. Lo puede consultar en la pagina del ministerio de educación www.mineducacion.gov.co/

- Pueblo indígena: Diligencie el nombre del pueblo indígena al cual pertenece. Lo puede consultar en la pagina del ministerio de educación www.mineducacion.gov.co/

DERECHOS Y DEBERES DE AFILIADOS A CAJA DE COMPENSACIÓN

Conozca aquí los derechos y deberes que tienen los afiliados a las Cajas de Compensación Familiar en Colombia:

Derechos y deberes del afiliado

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 de Compensación Familiar.
5. Recibir **información sobre las normas, reglamentos y políticas** de la Caja de Compensación Familiar y del Sistema del Subsidio Familiar.
6. **Conocer el procedimiento para afiliarse** con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidos en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. **Acceder al Subsidio Familiar en Dinero 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 doce (12) cuotas del Subsidio Familiar en Dinero; **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, sugerencias y felicitaciones**, y a obtener respuesta oportuna en los tiempos establecidos 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 de Compensación Familiar sea manejada con responsabilidad y confidencialidad
14. Recibir **atención preferencial** si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, embarazadas, personas con discapacidad y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de **Capacitación, Recreación y Turismo Social** de la Caja de Compensación Familiar, con la **tarifa más baja** que esta tenga contemplada, para los **pensionados** que durante **25 años** estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.
16. **Solicitar resarcimiento** en caso de **no recibir el servicio de conformidad con las condiciones ofrecidas o tener una experiencia negativa** en la prestación de los servicios que **son responsabilidad de la Caja de Compensación familiar.**
17. A ejercer el **derecho de petición de manera gratuita y sin necesidad de apoderado.**
18. A **presentar peticiones**, consultas, solicitudes, quejas o reclamos, **verbalmente, por escrito o por cualquier otro medio idóneo** establecido por la Caja de Compensación Familiar.
19. A **ser informado** sobre la gestión realizada **respecto de su solicitud.**
20. A ser recibidas de forma prioritaria las **peticiones** de reconocimiento de un **derecho fundamental.**
21. A exigir el **cumplimiento de las responsabilidades** de los **colaboradores** de la Caja de Compensación Familiar.
22. A ejercer **cualquier otro derecho** que le reconozcan la **Constitución** y las **leyes.**
23. **Las dependencias** de la Caja de Compensación Familiar, **trabajan unidas y orientadas** a fortalecer la relación entre los ciudadanos y la administración; **se ocupan de recibir y gestionar** cada una sus consultas, solicitudes, peticiones, quejas o reclamos, **siempre comprometidas a solucionar cada requerimiento** dentro de los tiempos establecidos por la ley.

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 Familiar.
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 de Compensación Familiar, con el fin de causar el **derecho al Subsidio Familiar en Dinero.**
4. **Portar el documento virtual** que lo acredita como **afiliado** a la Caja de Compensación Familiar Comfenaco Valle Delagente y **presentarlo** cada vez que haga uso de los servicios, el cual es personal e intransferible.
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 Familiar, 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 de Compensación Familiar.
8. **Conocer y cumplir** las **normas, procedimientos y reglamentos establecidos** por la Caja de Compensación Familiar 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 de Compensación Familiar**, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones definidas por la misma. 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 de Compensación Familiar.
12. **Acatar** la constitución y las leyes.
13. **Ejercer con responsabilidad sus derechos**, y abstenerse de reiterar solicitudes evidentemente improcedentes para evitar que las nuevas solicitudes radicadas se conviertan en reiteraciones permanentes que afecten los tiempos de los trámites y la agilidad de respuesta de los mismos.
14. **Entregar oportunamente la información correspondiente** para facilitar la identificación de su trámite, solicitud o necesidad.
15. **Solicitar**, en forma **oportuna y respetuosa, documentos y/o servicios**

REQUISITOS DE DOCUMENTOS PARA LA AFILIACIÓN INDIVIDUAL

(Ley 21 de 1982/ Ley 789 de 2002/ Circular externa de la Superintendencia del Subsidio Familia 00002 2022 2 de marzo de 2022/ Ley 2225 de 2022)

- Trabajador dependiente:
 - Formulario de Afiliación.
 - Copia del documento de identidad del trabajador o el documento válido de identificación para extranjeros
- Cónyuge o Compañero(a) permanente:
 - Copia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente o documento válido de identificación para extranjeros.
 - Registro civil de matrimonio o Formato de Declaración Juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo, para el(a) compañero(a) permanente.
 - En caso de que el cónyuge o compañero(a) permanente labore, anexar certificado laboral con salario devengado.
 - En caso de que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
 - Para el cónyuge o compañero(a) permanente del mismo sexo se deben presentar los mismos documentos.
- Hijos
 - Registro Civil
 - Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de 12 años de edad.
- Hijastros
 - Registro Civil.
 - Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
 - Certificado de la Entidad Promotora de Salud -EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la custodia este en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar.
 - Custodia.
 - Declaración en el que conste que el padre o madre biológico (a) no convive con el beneficiario, no recibe subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.
 - En caso que el padre biológico haya fallecido anexar registro civil de defunción
- Hermanos(as) huérfanos de padres
 - Registro Civil de nacimiento del afiliado y del hermano(a)
 - Registro de Civil defunción del padre y madre.
 - Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
 - Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica.
- Padres
 - Fotocopia del documento de identidad del padre y/o madre o el documento válido de identificación para extranjeros.
 - Registro Civil de Nacimiento del trabajador.
 - Formato de Declaración Juramentada del Ministerio del Trabajo donde se evidencie la dependencia económica y se declare que el padre y/o madre no recibe pensión, salario, ni renta.
 - Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador.
 - Para los padres menores de 60 años, se debe presentar los mismos documentos.(Aplica para padres con discapacidad)
- Discapacidad
 - El trabajador deberá acreditar la discapacidad de sus beneficiarios
- Dependencia por Custodia *
 - Registro Civil de nacimiento del beneficiario.
 - Documento de identidad del beneficiario o el documento válido de identificación para extranjeros.
 - Documento de custodia **.
 - Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Cónyuge o Compañero Permanente - Cuidador
 - Registro Civil de nacimiento del Beneficiario
 - Documento de identidad del beneficiario o el documento valido de identificación para extranjeros.
 - Certificado de Discapacidad
 - Registro civil de matrimonio o Formato de Declaración Juramentada expedido por el Ministerio de Trabajo
 - Manifestación Juramentada del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cuidador
- Hijos de Crianza
 - Escritura Pública o Sentencia Ley 2388 de 2024

Apostillado: Todo documento que sea emitido en el extranjero, debe estar apostillado y traducido de castellano si esta en otro idioma. Ley 1564 fel 2012.

*DEPENDIENTE POR CUSTODIA: Es el beneficiario menor de 18 años, o mayores de 18 años en condición de discapacidad, que es entregado al afiliado para su cuidado y sostenimiento económico. La entrega puede ser provisional o permanente y debe constar en documento emitido por autoridad competente

Si el trabajador cumple con los requisitos establecidos en la norma, podrá ser acreedor del derecho a subsidio familiar en dinero

**CUSTODIA: Es el oficio o función mediante el cual se tiene poder para criar, educar, orientar, conducir, formar hábitos, dirigir y disciplinar la conducta, siempre con la mira puesta en el niño, niña y/o adolescente, en el educando, en el incapaz de obrar y auto regular en forma independiente su comportamiento.

La custodia debe ser expedida por la correspondiente autoridad competente, ya sea ICBF, notarios, centros de conciliación debidamente autorizados, defensoría del pueblo, personería, jueces de paz, juzgado de familia, juez civil o promiscuo municipal y, en ausencia de estos, el inspector de policía.

***CUIDADOR

Cónyuge o compañero(a) permanente del trabajador afiliado cuya remuneración fija o variable no supere los 2 SMLMV y el Cónyuge o compañero(a) permanente no cuente con vinculación laboral o ingreso alguno, además realice actividades de cuidado al beneficiario en condición de discapacidad.