

La Caja de Compensación Familiar Comfandi, miembro de la Asociación de Cajas de Compensación Familiar (ASOCAJAS), le genera bienestar social a los trabajadores de medios y bajos ingresos y a sus familias.

I. TIPO DE NOVEDAD														
APORTE <input type="checkbox"/> 0 % <input type="checkbox"/> 0,6 % <input type="checkbox"/> 2 %			<input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE			<input type="checkbox"/> ADICIÓN DE PERSONAS A CARGO			<input type="checkbox"/> PENSIONADO		<input type="checkbox"/> PENSIONADO 25 AÑOS		<input type="checkbox"/> RESIDENTE EN EL EXTRANJERO	
<input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR NO DEPENDIENTE POR ENTIDAD														
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL														
TIPO DOCUMENTO			<input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE			OTRO ¿CUAL? _____			NÚMERO DOCUMENTO				DV	

II. DATOS DEL TRABAJADOR NO DEPENDIENTE															
PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
TIPO DOCUMENTO			<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE			OTRO ¿CUAL? _____			NÚMERO DOCUMENTO			FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA		NIVEL DE ESCOLARIDAD	
ESTADO CIVIL			<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO			OCUPACIÓN			ORIENTACIÓN SEXUAL			<input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> HOMOSEXUAL		<input type="checkbox"/> INFORMACIÓN NO DISPONIBLE	
FACTOR DE VULNERABILIDAD		PERTENENCIA ÉTNICA		SECTOR		<input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/> URBANO		DIRRECIÓN RESIDENCIAL		BARRIO		MUNICIPIO			
DEPARTAMENTO			PAÍS DE RESIDENCIA			TELÉFONO MÓVIL			TELÉFONO FIJO			EMAIL PERSONAL			
NOMBRE EPS		NOMBRE FONDO DE PENSIONES		CÓDIGO CIU		VALOR INGRESO \$		HA ESTADO AFILIADO COMO TRABAJADOR NO DEPENDIENTE A UNA CAJA DE COMPENSACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUAL?							

III. DATOS CONYUGE O COMPAÑERO(A)													
PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
TIPO DOCUMENTO			<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE			OTRO ¿CUAL? _____			NÚMERO DOCUMENTO			FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL						TIPO DOCUMENTO						<input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE	
NÚMERO DOCUMENTO			LUGAR DE RESIDENCIA			DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			TIPO DE SALARIO: <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> VARIABLE <input type="checkbox"/> INTEGRAL	
TOTAL SALARIO \$				RECIBE SUBSIDIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				CAJA POR LA CUAL RECIBE SUBSIDIO					

IV. DATOS PERSONAS A CARGO														
NOMBRES COMPLETOS DE LOS HIJOS, HIJASTROS, PADRES O HERMANOS HUÉRFANOS QUE CONVIVAN Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR										PARENTESCO	DISCAPACIDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD	LUGAR DE RESIDENCIA	
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO				MUNICIPIO	DPTO.
						DD	MM	AAAA	M	F				

V. DECLARACIÓN JURAMENTADA
<p>"Declaro bajo la gravedad del juramento que los datos aquí consignados son exactos y corresponden a la verdad".</p> <p>"Cumpro con las condiciones para ser afiliado al Subsidio Familiar. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones con templadas en la ley".</p>
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> <p><b>FIRMA ORIGINAL DEL TITULAR</b></p>

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFANDI
<b>REGISTRO DE DOCUMENTOS</b>
<input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DOCUMENTOS DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> RUT <input type="checkbox"/> RECIBO DE MESADA <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA CUSTODIA LEGAL
<input type="checkbox"/> REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN DE PENSIÓN <input type="checkbox"/> CERTIFICADO EPS <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
<input type="checkbox"/> REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE OTRAS CAJAS <input type="checkbox"/> FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> PAZ Y SALVO
<b>OBSERVACIONES:</b> _____ _____ _____
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> <p><b>SELLO DE RECIBIDO</b></p>

RECOMENDACIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

1. Diligencie completamente el formulario preferiblemente en letra imprenta, color de tinta "negra", sin tachones, ni enmendaduras.
2. Escriba correctamente nombres, apellidos y número de identificación del trabajador y sus personas a cargo como se registra en los documentos soportes.
3. Registrar la **firma original del Trabajador** en el ítem "Declaración Juramentada" y "Autorización para el uso de los datos personales".
4. Si presenta una observación en la afiliación de su grupo familiar, debe elaborar otro formulario relacionando la persona a cargo que no fue aceptada, adjuntando la documentación respectiva.
5. Al momento de radicar la afiliación debe hacer entrega de: Documentos soportes, formulario de afiliación y autorización para el uso y tratamiento de los datos, ambos completamente diligenciados y firmados.
6. No dilige los espacios: "Para uso exclusivo de Comfandi".

INSTRUCCIONES

**I. TIPO DE NOVEDAD**

Marque con una "X" la casilla correspondiente. Si su afiliación a Caja de Compensación es como Trabajador Independiente por Entidad, diligencie los siguientes campos:

**TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:** Diligencie el tipo de documento de acuerdo a la siguiente lista y seguido el número de identificación de la empresa: **NIT:** Número de identificación tributaria / **CC:** Cédula de Ciudadanía / **CE:** Cédula de Extranjería / **TI:** Tarjeta de Identidad / **PA:** Pasaporte / **PE:** Permiso Especial de Permanencia/**CAB:** certificado de cabildo Identificación dada por la secretaria de Educación/**TMF:** tarjeta de movilidad fronteriza / **VISA:** estos tipos de identificación quedan sujetos a verificación.

**RAZÓN SOCIAL:** Registrar nombre completo de la empresa si la afiliación es por entidad asociativa.

**II. DATOS DEL TRABAJADOR NO DEPENDIENTE**

**PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, PRIMER APELLIDO Y SEGUNDO APELLIDO:** Diligencie la información como figura en el documento de identidad, en cada campo y en el orden indicado.

**TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:** Diligencie el tipo de documento de acuerdo a la siguiente lista y seguido el número de documento correspondiente: **CC:** Cédula de Ciudadanía / **CE:** Cédula de Extranjería / **TI:** Tarjeta de Identidad / **PA:** Pasaporte / **PE:** Permiso Especial de Permanencia / **CAB:** Certificado de Cabildo - Identificación dada por la secretaria de Educación / **TMF:** Tarjeta de movilidad fronteriza / **VISA.**

**SEXO, ESTADO CIVIL Y ORIENTACIÓN SEXUAL:** Seleccione con una "X" la casilla correspondiente.

**FACTOR DE VULNERABILIDAD:** Registre la información actualizada: 01. Desplazado - 02. Víctima del conflicto armado (no desplazado) - 03. Desmovilizado o reinsertado - 04. Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados - 05. Damnificado desastre natural - 06. Cabeza de familia - 07. Hijo (as) de madres cabeza de familia - 08. En condición de discapacidad - 09. Población migrante - 10. Población zonas frontera (Nacionales) - 11. Ejercicio del trabajo sexual - 12. No aplica

**PERTENENCIA ÉTNICA:** Registre la información actualizada: 01 Afrocolombiano - 02 Comunidad negra - 03 Indígena - 04 Palanquero - 05 Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina - 06 Roomígitano - 07 No se auto reconoce en ninguno de los anteriores.

**FECHA DE NACIMIENTO:** Escriba el día (DD), mes (MM) y año (AAAA).

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Registre el nivel de escolaridad que corresponda:

01. Primaria Grado 1 - 02. Primaria Grado 2 - 03. Primaria Grado 3 - 04. Primaria Grado 4 -05. Primaria Grado 5 - 06. Secundaria Grado 6 - 07. Secundaria Grado 7 - 08. Secundaria Grado 8 - 09. Secundaria Grado 9 - 10. Secundaria Grado 10 - 11. Secundaria Grado 11 - 12. Técnico -13. Estudios superiores - 14. No formal - 15. ETDH - 16. Preescolar - 17. Básica Adultos - 18. Secundaria adultos - 19. Media adultos - 20. Primera infancia - 21. Tecnológico - 22. Posgrado / Maestría - 23. Ninguno

**SECTOR, DIRECCIÓN DE RESIDENCIA, BARRIO, CIUDAD, DEPARTAMENTO Y PAIS DE RESIDENCIA:** Registrar la información del domicilio actual.

**TELÉFONO FIJO, TELÉFONO CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO:** Registre la información actualizada.

**NOMBRE EPS Y FONDO DE PENSIONES:** Diligencie el nombre de la EPS y Fondo de Pensiones donde se encuentra actualmente afiliado.

**CÓDIGO CIU:** Registre el código de la actividad económica principal, según el Registro Único Tributario RUT.

**VALOR DEL INGRESO:** Escriba el valor base de aportes a EPS y Pensiones.

**NOTA:** Si el trabajador no dependiente ha estado afiliado en otra Caja de Compensación Familiar, en el Departamento del Valle del Cauca, se debe anexar paz y salvo de la Caja anterior.

**III. DATOS DE CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)**

**PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, PRIMER APELLIDO Y SEGUNDO APELLIDO:** Diligencie la información como figura en el documento de identidad, en cada campo y en el orden indicado.

**TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:** Diligencie el tipo de documento de acuerdo a la siguiente lista y seguido el número de documento correspondiente: **CC:** Cédula de Ciudadanía / **CE:** Cédula de Extranjería / **TI:** Tarjeta de Identidad / **PA:** Pasaporte / **PE:** Permiso Especial de Permanencia / **CAB:** Certificado de Cabildo - Identificación dada por la secretaria de Educación / **TMF:** Tarjeta de movilidad fronteriza / **VISA.**

**FECHA DE NACIMIENTO:** Escriba el día (DD), mes (MM) y año (AAAA).

**SEXO:** Marque con una "X" la casilla correspondiente.

**NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:** Registrar nombre completo del Empleador o razón social de la empresa para la cual trabaja.

**TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:** Diligencie el tipo de documento de acuerdo a la siguiente lista y seguido el número de identificación de la empresa para la cual trabaja: **NIT:** Número de identificación tributaria / **CC:** Cédula de Ciudadanía / **CE:** Cédula de Extranjería / **TI:** Tarjeta de Identidad / **PA:** Pasaporte / **PE:** Permiso Especial de Permanencia D.V. / Diligencie el dígito de verificación correspondiente al Empleador / **CAB:** Certificado de Cabildo / Identificación dada por la secretaria de Educación / **TMF:** Tarjeta de movilidad fronteriza / **VISA.**

**LUGAR DE RESIDENCIA:** Registre el Departamento y Municipio del domicilio actual.

**TOTAL SALARIO:** Total Salario Mensual (corresponde a la suma del salario base y comisiones mensuales)

**TIPO DE SALARIO:** Marque con una X la casilla correspondiente.

**RECIBE SUBSIDIO:** Indique con un "X" si recibe subsidio por parte de la Caja de Compensación a la cual se encuentra afiliado(a).

**CAJA POR LA CUAL RECIBE SUBSIDIO:** Registre el nombre de la Caja de Compensación por la cual recibe subsidio monetario.

**IV. DATOS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR**

**PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, PRIMER APELLIDO Y SEGUNDO APELLIDO:** Diligencie la información como figura en el documento de identidad, en cada campo y en el orden indicado.

**TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:** Diligencie el tipo de documento de acuerdo a la siguiente lista y seguido el número de documento correspondiente: **CC:** Cédula de Ciudadanía / **CE:** Cédula de Extranjería / **TI:** Tarjeta de Identidad / **PA:** Pasaporte / **PE:** Permiso Especial de Permanencia / **CAB:** Certificado de Cabildo - Identificación dada por la secretaria de Educación / **TMF:** Tarjeta de movilidad fronteriza / **VISA.**

**FECHA DE NACIMIENTO:** Escriba el día (DD), mes (MM) y año (AAAA).

**SEXO:** Marque con una "X" la casilla correspondiente.

**PARENTESCO:** registre el parentesco que corresponda: 01. Hijo - 02. Hijastro - 03. Padre/ Madre - 04. Hermano - 05. Dependiente por custodia legal.

**DISCAPACIDAD:** Indique con "X" si la persona a cargo es inválida o de capacidad física disminuida que les impida trabajar. Art. 3°, párrafo 1, literal 4

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Registre el nivel de escolaridad que corresponda:

01. Primaria Grado 1 - 02. Primaria Grado 2 - 03. Primaria Grado 3 - 04. Primaria Grado 4 - 05. Primaria Grado 5 - 06. Secundaria Grado 6 - 07. Secundaria Grado 7 - 08. Secundaria Grado 8 - 09. Secundaria Grado 9 - 10. Secundaria Grado 10 - 11. Secundaria Grado 11 - 12. Técnico - 13. Estudios superiores - 14. No formal - 15. ETDH - 16. Preescolar - 17. Básica Adultos - 18. Secundaria adultos - 19. Media adultos - 20. Primera infancia - 21. Tecnológico - 22. Posgrado/Maestría - 23. Ninguno

**LUGAR DE RESIDENCIA:** registre Departamento y Municipio del domicilio actual.

DOCUMENTOS SOPORTE

**TRABAJADOR NO DEPENDIENTE**

1. Fotocopia del documento de identidad legible y ampliada al 150%
2. Certificado de afiliación a EPS
3. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT
- 4 Paz y salvo en caso de haber estado afiliado a otra caja de Compensación Familiar en el Valle del Cauca.

**CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)**

- 1.1. Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) legible y ampliada al 150%.

**HIJOS HASTA LOS 18 AÑOS**

1. Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco con el trabajador, sin enmendaduras, sin autenticar, legible y no requiere vigencia.
2. Para los hijos mayores de 7 años, presentar adicionalmente copia de la tarjeta de identidad legible y ampliada al 150%.
3. Para los hijos mayores de 18 años, presentar adicionalmente fotocopia de la cédula de ciudadanía legible y ampliada al 150%.
4. Si el Trabajador es separado con hijos, debe presentar formato declaración juramentada expedida por el Ministerio de Trabajo o custodia.
5. Certificado Médico de Invalidez expedido por el médico de la EPS donde conste el tipo y la discapacidad (No se requiere porcentaje).

**HIJASTROS HASTA LOS 18 AÑOS**

1. Registro civil de nacimiento de los hijastros para acreditar parentesco con el cónyuge o compañero(a) del trabajador, sin enmendaduras, sin autenticar, legible y no requiere vigencia.
2. Para los hijastros mayores de 7 años, presentar adicionalmente fotocopia de la tarjeta de identidad ampliada al 150%.
3. Para los hijos mayores de 18 años, presentar adicionalmente fotocopia de la cédula de ciudadanía legible y ampliada al 150%.
4. Formato declaración juramentada expedida por el Ministerio de Trabajo y custodia del padre / madre biológico.
5. Certificado Médico de Invalidez expedido por el médico de la EPS donde conste el tipo y la discapacidad (No se requiere porcentaje).

**PADRES MAYORES DE 60 AÑOS**

1. Registro civil de nacimiento del trabajador en el cual se registre el nombre de sus padres para acreditar parentesco, sin enmendaduras, sin autenticar, legible y no requiere vigencia.
2. Fotocopia de la cédula de ciudadanía de los padres legible y ampliada al 150%.
3. Certificado de la EPS donde indique el tipo de afiliación y nombre del cotizante de quien es beneficiario.
4. Certificado Médico de Invalidez expedido por el médico de la EPS donde conste el tipo y la discapacidad (No se requiere porcentaje).
5. Declaración de no recibir pensión, salario, ni renta, diligenciar y presentar el formato de Solicitud de Declaración Juramentada expedida por el Ministerio de Trabajo.

**HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES HASTA LOS 18 AÑOS**

1. Registro civil de nacimiento de los hermanos en el cual este registrado el nombre de los padres del trabajador, sin enmendaduras, sin autenticar, legible y no requiere vigencia.
2. Registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco, sin enmendaduras, sin autenticar, legible y no requiere vigencia.
3. Registros civiles de defunción del padre y madre del hermano huérfano.
4. Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del (los) hermano (s) huérfano (s) de padres con el trabajador. Diligenciar y presentar el formato de Solicitud de Declaración Juramentada expedida por el Ministerio de Trabajo.
5. Para los hermanos mayores de 7 años, presentar adicionalmente fotocopia de la tarjeta de identidad legible y ampliada al 150%.
6. Para los hermanos mayores de 18 años, presentar adicionalmente fotocopia de la cédula de ciudadanía legible y ampliada al 150%.
7. Certificado Médico de Invalidez expedido por la EPS donde conste el tipo y la discapacidad (No se requiere porcentaje).
8. Registro civil del trabajador para validar parentesco.

**PENSIONADO**

1. Indique modalidad de aporte.
2. Fotocopia documento de identificación legible y ampliada al 150%.
3. Resolución de pensión.
4. Presentar certificado(s) de la(s) Caja(s) de Compensación que acredite el tiempo que estuvo afiliado. (Aplica solo para pensionados 25 años)
5. Último recibo de pago en el que indique el valor de la mesada sin deducciones.
6. Si va a registrar a su cónyuge o compañero(a) siempre y cuando no ostente la calidad de trabajador activo, presentar fotocopia del documento de identidad legible y ampliada al 150%.
7. Para los hijos mayores de 7 años, presentar adicionalmente fotocopia de la tarjeta de identidad al 150%.
8. Para hijos hasta los 18 años, debe presentar: Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco con el trabajador, sin enmendaduras, sin autenticar, legible y no requiere vigencia.
9. Paz y salvo en caso de haber estado afiliado a otra caja de Compensación Familiar en el Valle del Cauca.

**RESIDENTE EN EL EXTRANJERO:**

1. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del colombiano residente en el exterior.
2. Certificado Supervivencia del afiliado aportante expedido por el Consulado (es gratuito y se debe presentar cada seis meses) en la Caja de Compensación Familiar.
3. Certificación de ingresos expedida por un contador público, no inferior a dos SMLVM.
4. Paz y salvo, en caso de haber estado afiliado a otra caja de Compensación Familiar en el Valle del Cauca.

## AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES AFILIADOS

Como titular de los datos personales, identificado como aparece en el presente formulario, autorizo de forma libre, previa, expresa e informada a la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca Comfamiliar Andi –Comfandi–, identificada con NIT: 890.303.208-5, con domicilio en la Carrera 23 No. 26B - 46, Edificio El Prado, en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, Colombia, PBX: +57(2) 6841000, página web [www.comfandi.com.co](http://www.comfandi.com.co), en calidad de RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales, para que capture, almacene, organice, use, procese, suprima, anonimice, disocie, transmita y transfiera a terceros dentro y fuera del territorio nacional y en general realice tratamiento sobre mis datos personales, para llevar a cabo las finalidades que se mencionan a continuación:

- Desarrollar, gestionar y mantener su proceso de afiliación.
- Pagar el subsidio monetario, subsidio en especie, subsidio de vivienda o subsidio en servicios a los afiliados.
- Mantener y actualizar nuestros registros respecto de su estado de afiliación para su participación en los subsidios, programas sociales y los distintos beneficios ofrecidos por Comfandi.
- Realizar las acciones de verificación, fiscalización y cobro de los aportes parafiscales con destino al subsidio familiar.
- Incorporar sus datos personales en el registro único de aportantes con el fin de facilitar el acceso a los subsidios otorgados por Comfandi como Caja de Compensación Familiar.
- Desarrollar una base de datos histórica con los datos de los trabajadores que han sido beneficiarios de los programas sociales ofrecidos por Comfandi.
- Desarrollar un sistema de información de los beneficiarios de las prestaciones dentro del programa de desempleo de sus trabajadores beneficiarios y dentro del programa que se constituya para la población no beneficiaria de las Cajas de Compensación Familiar.
- Administrar los recursos correspondientes al FOSFEC art. 6 Ley 789 de 2002
- Generar certificaciones sobre el estado de afiliación y paz y salvo en consideración a su condición de afiliado.
- Desarrollar nuevos productos y servicios orientados al afiliado y su grupo familiar.
- Desarrollar nuevas formas de satisfacer las necesidades del afiliado y su grupo familiar.
- Enviarle vía SMS, MMS, correo electrónico, redes sociales o servicios de mensajería instantánea información relativa a la aprobación o rechazo de su afiliación a Comfandi, así como para brindarle y solicitarle información de todo lo relacionado con el pago de los subsidios.
- Confrontar su información con bases de datos de otras Cajas de Compensación Familiar con el fin de verificar estados de afiliación y de cotización.
- Confrontar su información con bases de datos de otras entidades públicas para verificar el cumplimiento de los requisitos para poder acceder a los subsidios.
- Publicar su información de asignación al beneficio del Subsidio de Vivienda en los canales establecidos por la Caja.
- Responder a sus preguntas, quejas y reclamaciones y buscar resolverlas de manera oportuna y en los plazos legalmente establecidos.
- Desarrollar y administrar las actividades de subsidio en dinero y en especie, recreación, deportes, turismo, centros recreativos y vacacionales; cultura, museos, bibliotecas y teatros; vivienda de interés social; crédito, educación; atención de la tercera edad y programas de nutrición materno-infantil y, en general, los programas que Comfandi se encuentren autorizados por el Art. 16 de la Ley 789 de 2002 o demás normas concordantes en la materia.
- Afiliarlo al Mecanismo de Protección al Cesante.
- Administrar y otorgar los beneficios del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante – FOSFEC – dentro del Marco del Mecanismo de Protección al Cesante.
- Enviar informes a la Superintendencia de Subsidio Familiar y otros entes de control.
- Contactarlo con el fin de realizar el cobro de sus obligaciones pendientes con Comfandi.
- Llevar a cabo análisis de datos con el fin de comprender mejor sus preferencias, de modo que podamos asegurarnos de poder brindarle productos y servicios personalizados.
- Transferir sus datos personales a terceras entidades aliadas que puedan brindarle información y beneficios de su interés.
- Transmitir y transferir sus datos personales a cualquier país que proporcione o no niveles adecuados de protección de datos con el fin aplicar procesos de computación en la nube y big data.
- Contactarlo con el fin de que responda encuestas de investigación de mercado y encuestas de satisfacción para ofrecerle nuevos productos y mejorar los actuales.
- Brindar información relevante sobre los beneficios y programas que Comfandi como Caja de Compensación Familiar puede ofrecerle en el desarrollo de las actividades de subsidio familiar, salud, educación y cultura, mercadeo social (supermercados, droguerías, etc.), recreación (alojamiento, programa direccionado al adulto mayor, etc) y deportes, vivienda, fomento empresarial, y crédito. Estas actividades podrán desarrollarse mediante el envío de mensajes a través de correos electrónicos, SMS, MMS, redes sociales (RRSS), servicios de mensajería instantánea y aplicaciones, como también por medio de llamadas telefónicas.
- Brindar marketing relevante como ofertas personalizadas, ideas de compra, bonos regalo, invitaciones especiales para ferias y eventos que puedan ser de su interés, participar y administrar promociones, sorteos, concursos, invitaciones y otros beneficios y en general; enviarle publicidad digital mediante correos electrónicos, SMS, MMS, mensajes a través de redes sociales (RRSS), servicios de mensajería instantánea y aplicaciones.

Manifiesto que se me ha informado que la política de tratamiento de datos personales se encuentra disponible para ser consultada en [www.comfandi.com.co/legal](http://www.comfandi.com.co/legal) y que, con respecto a mis datos personales podré ejercer en cualquier momento mis derechos de acceso, rectificación, supresión y prueba de autorización ante COMFANDI, mediante los canales habilitados como: Contacto electrónico [www.comfandi.com.co/datos-personales](http://www.comfandi.com.co/datos-personales); envío de una comunicación escrita dirigida a nuestro Oficial de Protección de Datos Personales a la Carrera 23 No. 26B - 46, primer piso, Sede Administrativa COMFANDI El Prado, Cali, Colombia; o al correo electrónico [protecciondatos@comfandi.com.co](mailto:protecciondatos@comfandi.com.co) indicando en el asunto: “Consulta o Reclamo Ley Estatutaria 1581 de 2012”.

También manifiesto que previamente me han informado que no es obligatorio responder a las eventuales preguntas que me realicen sobre datos sensibles o menores de 18 años a mi cargo.

Firma del usuario

Nombre y Apellidos

No. documento de Identidad