

Firma y fecha recibido
(Espacio para Comfenalco)

(Espacio para Comfenalco)

FORMULARIO POSTULACIÓN PROGRAMA SUBSIDIOS EDUCATIVOS

Ley 115 Educación Regular Ley 115 Discapacidad Discapacidad Recursos Caja

Grado Transición al Grado 11*

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO A COMFENALCO

*Nombres y apellidos completos: _____
*Cédula de ciudadanía: _____ de: _____
* Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ *Dirección residencia: _____ Barrio: _____ Municipio: _____
*Teléfono: _____ *Celular: _____ *Correo electrónico: _____
*Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Unión Libre _____ Separado _____ Viudo _____ * Es Cabeza de Hogar: Si _____ No _____
*Correo electrónico de la empresa: _____

CAMPO OBLIGATORIO

*N° de Cuenta Bancaria del trabajador: _____ *Tipo de Cuenta: _____ *Entidad Bancaria: _____

CAMPO OBLIGATORIO SI EL TRABAJADOR NO TIENE CUENTA BANCARIA

Importante: Si el trabajador no tiene cuenta bancaria diligencie los datos del tercero, teniendo en cuenta que debe presentar una autorización autenticada en notaría para que el desembolso se realice a este.

Nombre Completo del tercero: _____
Cédula: _____ Dirección: _____
Telefono: _____ Municipio: _____
*N° de Cuenta Bancaria del tercero _____ *Tipo de Cuenta: _____ *Entidad Bancaria: _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

*Nombres y apellidos completos: _____
*Cédula de ciudadanía: _____ de: _____
* Ocupación: Desempleado _____ Estudia _____ Trabaja _____ Independiente _____ Ama de Casa _____ Pensionado _____
* Empresa donde labora: _____ *Teléfono Empresa: _____

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

*Nombres y apellidos completos: _____
*Documento de identidad: _____ * Edad: _____ *Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: ____ / ____
*El beneficiario tiene algún tipo de discapacidad: Si _____ No _____ Tipo de discapacidad: Cognitiva _____ Sensorial _____ Física _____ Otra _____
¿Cuál? _____ Programa de Rehabilitación: Si _____ No _____ ¿Cuál? _____

INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O INSTITUCIÓN ESPECIALIZADA

*Grado de escolaridad: Transición: _____ Primaria _____ Secundaria _____ Media _____ Otro _____
* Nombre institución: _____ * NIT institución: _____
*Dirección institución: _____ * Teléfono institución: _____
* Valor de la mensualidad: \$ _____

REQUISITOS GENERALES

- * El trabajador afiliado debe diligenciar completamente el formulario de postulación con su respectiva firma que certifica que conoce las condiciones del programa, formulario con campos incompletos NO SE RECIBE y debe anexar los siguientes documentos:
- * Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador y su cónyuge.
- * Carta laboral del cónyuge. Si es trabajador independiente debe presentar un certificado de ingresos firmado por un contador Público, en el caso de los pensionados, presentar copia de la última colilla de pago (mesada) y soporte pago de aportes a Comfenalco Antioquia.
- *Fotocopia del registro civil de nacimiento o tarjeta de Identidad y en el caso que aplique, copia de la cédula de ciudadanía del beneficiario.
- *Certificado de la Institución educativa en papel membrete original, el cual debe indicar el nombre del beneficiario, grado de escolaridad y el valor a cancelar por mensualidad.

*CONDICIONES SUBSIDIOS EDUCATIVOS LEY 115 - REGULAR

- *Ser beneficiario de la Caja de Compensación Familiar COMFENALCO Antioquia, Categoría A ó B, y que sumados los salarios del trabajador y su cónyuge, no superen los cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes; esta condición también aplica para los pensionados que aportan el 2 % de su mesada, conforme al Artículo 6 de la Ley 1643 de 2013.
 - *Estar matriculado en colegio regular privado desde el grado de transición hasta el grado 11°.
 - *Al momento de hacer la asignación mensual de la beca, el trabajador debe estar activo en la Caja de Compensación Comfenalco.
 - *No aplica para gastos personales como: uniformes, útiles, papelería, extracurriculares ó transporte.
 - *La presentación de este formulario no garantiza su vinculación al programa de Becas Ley 115 de Educación Regular, se requiere cumplir la condiciones y la disponibilidad de recursos.
 - *La beca se otorga para un solo miembro del grupo familiar, salvo casos de beneficiarios que se encuentren con alguna situación de discapacidad, donde se concede el subsidio educativo para máximo dos miembros del grupo familiar en condición de discapacidad.
 - *En caso de salir beneficiado por el subsidio educativo, el usuario debe presentar del 1 al 30 de Junio una constancia de que el estudiante está activo en la institución, y que se encuentra a paz y salvo con la mensualidad, de lo contrario pierde el beneficio del Subsidio Educativo.**
 - *Al ser retirado de la empresa, al cambiar su categoría de afiliación o al encontrarse la empresa en mora, el beneficiario pierde el derecho al subsidio educativo, ya que el aplicativo lo bloquea automáticamente. Dicho usuario podrá postularse nuevamente al subsidio educativo, cuando se subsanen las situaciones anteriores y al presentar los documentos requeridos.
 - *Si el beneficiario del subsidio educativo de educación regular presenta alguna situación de discapacidad, esta condición debe estar registrada en el sistema de información de COMFENALCO ANTIOQUIA.
 - *El beneficio tendrá un monto diferencial de acuerdo a la categoría de afiliación.**
- El Valor de los subsidios asignados deben ser únicamente para el pago de la mensualidad, en caso de utilizarlo en otra destinación el trabajador deberá reintegrar el total de los subsidios pagados y perderá el beneficio automáticamente.

CUPOS LIMITADOS

- *Los recursos se asignarán entre quienes se postulen y cumplan con todas las condiciones establecidas para el mismo, hasta agotar el monto asignado por COMFENALCO Antioquia para este programa.
 - *La postulación al subsidio educativo se debe realizar cada año, presentando el formulario debidamente diligenciado y con todos los documentos exigidos.
- "AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES**
- La Caja de Compensación Familiar COMFENALCO ANTIOQUIA, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 14 y 15 del Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, cuenta con una Política de Tratamiento de datos personales, publicada en la página web <http://www.comfenalcoantioquia.com> en la cual se encuentran previstas las finalidades para las cuales COMFENALCO ANTIOQUIA realiza el tratamiento de datos personales y se detalla la manera en que usted puede ejercer sus derechos.
- Mediante su autorización, COMFENALCO ANTIOQUIA podrá realizar el tratamiento de la información a efectos de:
1. Organizar y pagar el subsidio familiar en dinero y en especie.
 2. Prestar los servicios misionales de conformidad con la Ley.
 3. Suministrar información sobre ofertas y oportunidades relacionadas con los servicios y productos que ofrece COMFENALCO ANTIOQUIA o ajustes en los mismos.
 4. Realizar gestiones de cobranza.
 5. Realizar encuestas para el cumplimiento de los objetivos de la Caja de Compensación, evaluar la calidad del servicio y realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo y perfiles de afiliados y usuarios actuales o potenciales."
 6. Adelantar los procesos de selección del personal de COMFENALCO ANTIOQUIA y sus contratistas.
 7. Suministrar información a terceros aliados de la Caja, cuando resulte necesario para la ejecución, entrega o desarrollo de bienes o servicios propios o de los aliados. En todo caso el listado de aliados se mantendrá actualizado en la página web en el vínculo donde se encuentra publicada la política de tratamiento.

Tratándose de un menor de edad, la autorización para el tratamiento de los datos deberá ser otorgada por su representante legal.

COMFENALCO ANTIOQUIA, en cumplimiento de su objeto social y de la Ley, en casos excepcionales requerirá información personal sensible de forma expresa, casos en los cuales el titular no estará obligado a dar su autorización.

Usted puede acceder en cualquier momento a los datos suministrados y solicitar su corrección, actualización o supresión en nuestras Unidades y Centros de Servicios, en nuestra línea telefónica 444 71 10, en nuestra página web o a través del correo electrónico protecciondedatos@comfenalcoantioquia.com

Teniendo conocimiento del aviso de privacidad, autorizo de manera libre, expresa, voluntaria, y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados para que la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Antioquia realice el tratamiento de los mismos.

Firma del trabajador afiliado: _____ CC: _____
Con la firma de este formulario certifico que conozco las condiciones del programa.