

Fecha: dd/ mm/aa

Funcionario que recibe: \_\_\_\_\_

Consecutivo

**FORMULARIO SUBSIDIOS EDUCATIVOS AÑO \_\_\_\_\_**

Educación Regular (Grado Transición a 11)   
 Educación Regular Discapacidad (Grado Transición a 11)   
 Discapacidad Instituciones Especializadas

**INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO A COMFENALCO**

Nombres y apellidos completos: \_\_\_\_\_  
 Cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento dd/ mm/aa \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 Teléfono Fijo \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_ Cabeza de hogar Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

**CAMPO OBLIGATORIO**

\*N° de Cuenta Bancaria del trabajador \_\_\_\_\_ \*Tipo de Cuenta: \_\_\_\_\_ Entidad Bancaria \_\_\_\_\_

**CAMPO OBLIGATORIO SI EL TRABAJADOR NO TIENE CUENTA BANCARIA**

Importante: Si no tiene cuenta bancaria diligencie los datos una persona que usted autoriza para que reciba el pago; en este caso debe presentar una autorización autenticada en notaria para que el desembolso se realice a dicha persona.

Nombre Completo de la persona autorizada: \_\_\_\_\_  
 Documento de Identidad \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 N° de Cuenta Bancaria de la persona autorizada \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta: \_\_\_\_\_ Entidad Bancaria \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE**

Nombres y apellidos completos: \_\_\_\_\_  
 Documento de Identidad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (dd/ mm/aa) \_\_\_\_\_  

Trabaja	Desempleado	Ama de Casa	Estudia	Independiente	Pensionado
---------	-------------	-------------	---------	---------------	------------

 Empresa \_\_\_\_\_ Teléfono empresa \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO**

Nombres y apellidos completos: \_\_\_\_\_  
 Documento de Identidad \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento dd/ mm/aa \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 El beneficiario tiene algún tipo de discapacidad Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tipo de discapacidad \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O INSTITUCIÓN ESPECIALIZADA**

Nombre de la Institución \_\_\_\_\_ Código Dane \_\_\_\_\_  
 Nit \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Grado de Escolaridad \_\_\_\_\_ Valor de la mensualidad \_\_\_\_\_

**REQUISITOS**

- Formulario de inscripción debidamente diligenciado y firmado.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador y su cónyuge.
- Fotocopia de documento de identidad del beneficiario.
- Carta laboral del cónyuge con salario, cuando aplique.
- Tener en cuenta la siguiente información del cónyuge:**
  - \* Si se encuentra desempleado o es ama de casa, adjuntar certificado de la eps donde especifique el estado "retirado o beneficiario".
  - \* Si es beneficiario al subsidio del desempleo, presentar carta de aprobación de dicho subsidio.
  - \* Si es estudiante y está realizando prácticas anexar contrato de aprendizaje o certificado que acredite esta condición.
- Certificado de Ingresos con tarjeta profesional del contador (sólo trabajadores independientes). (aplica para cotizante y cónyuge)
- Copia de colilla de pago (solo para pensionados). (aplica para cotizante y cónyuge)
- Certificado de estudio del beneficiario, en papel membrete original del Establecimiento Educativa privado ó Institución Especializada que indique el nombre completo del estudiante, grado ó programa y el valor de la mensualidad.
- Para beneficiarios con discapacidad, debe tener registrada la discapacidad ante la Caja.
- Los ingresos del grupo familiar no pueden superar los 4 SMLV.**
- El subsidio sólo aplica para colegios privados de educación formal regular (transición al grado 11) **no aplica educación para jóvenes en extraedad y adultos**
- El subsidio aplica para un beneficiario por grupo familiar excepto en el caso de discapacidad que aplica hasta 2 beneficiarios con dicha condición. En el caso de parejas separadas, el beneficiario sólo aplica con uno de los dos padres, aunque se trate de dos grupos familiares distintos.
- NOTA:** Los usuarios con discapacidad que aspiran al subsidio educativo por primera vez requieren realizar el proceso de referenciación orientado por el Departamento de Educación de la Caja.

## CONDICIONES

**\*En caso de salir beneficiado por el subsidio educativo, el usuario debe presentar del 1 al 30 de Julio 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 perderá el beneficio del Subsidio Educativo.**

\* El usuario debe ser beneficiario de la Caja de Compensación Familiar COMFENALCO Antioquia, Categoría A o 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.

De conformidad con el artículo 7 del Decreto 827 de 2003, para todo trabajador independiente aplican los beneficios de Categoría B.

\* Estar matriculado en colegio regular privado desde el grado de transición hasta el grado 11°. Ó en la Institución Especializada

\* Al momento de hacer la asignación mensual del subsidio, el trabajador debe estar activo en la Caja de Compensación Comfenalco y la empresa estar al día en aportes

\*No aplica para gastos personales como: uniformes, útiles, papelería, extracurriculares o transporte.

\* La presentación de este formulario no garantiza su vinculación al programa de Subsidios Ley 115 de Educación Regular, se requiere cumplir la condiciones y la disponibilidad de recursos.

\*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. En caso de subsanar los causantes de la pérdida de derecho, el afiliado puede solicitar nuevamente el subsidio siempre y cuando presente los documentos requeridos y haya disponibilidad de recursos.

\* El beneficio tendrá un monto diferencial de acuerdo a la categoría de afiliación.

La totalidad del subsidio asignado debe ser con destinación exclusiva para pago de mensualidad; en caso dar otra destinación el trabajador deberá reintegrar el total de los subsidios recibidos y perderá el beneficio automáticamente.

\*Para la población con discapacidad recursos Caja tener en cuenta que la institución de atención especializada debe tener contrato con la Caja, de lo contrario no puede acceder al beneficio.

Si el beneficiario recibe subsidio sin tener derecho, debe reintegrar la totalidad del dinero a la Caja.

**El afiliado deberá reportar a la Caja novedades relacionadas con los requisitos establecidos para recibir el subsidio, tales como: Cambio en los ingresos del grupo familiar, cambio de colegio del beneficiario, cambio en la modalidad de prestación del servicio educativo (privado a cobertura contratada).**

## CUPOS LIMITADOS

\* Cada año la Caja determina el monto a entregar para subsidios educativos; los recursos se asignarán entre quienes se postulen y cumplan con todas las condiciones establecidas para el mismo, priorizando las familias con menos ingresos hasta agotar el monto asignado por COMFENALCO Antioquia. Por tanto, postularse y entregar los respectivos soportes o haber sido beneficiario en años anteriores, no es condicionante para la Caja asignar el subsidio.

\*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, y 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
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 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](mailto: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 :**

Con la firma de este formulario certifico que conozco las condiciones del programa.