

Fecha: dd/mm/aa:

Funcionario que recibe:

Consecutivo

FORMULARIO SUBSIDIOS EDUCATIVOS 2025

Educación Regular (Grado Transición a 11)

Educación Regular Discapacidad (Grado Transición a 11)

Discapacidad Instituciones Especializadas

Primera infancia (0 a 5 años)

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO A COMFENALCO

Nombres y apellidos completos:

Documento de identidad

de

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 notaría 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

Celular

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/AAAA

Sexo

El beneficiario tiene algún tipo de discapacidad

Si

No

Tipo de discapacidad

Los datos recolectados a la situación de discapacidad corresponden a datos sensibles que afectan la intimidad del titular y pueden generar discriminación, por lo que su diligenciamiento es facultativo. En caso de suministrar los datos, éstos son recolectados con la finalidad de validar el tipo de subsidio educativo al que se aplica.

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.

Certificado de estudio del beneficiario del establecimiento educativo privado o institución especializada que indique el nombre completo del estudiante, grado ó programa y el valor de la mensualidad.

Tener en cuenta la siguiente información del cónyuge:

* Fotocopia de la cédula

* Si es beneficiario al subsidio del desempleo, presentar carta de aprobación de dicho subsidio.

* Si es trabajador independiente, presentar certificado de ingresos por contador con copia de la tarjeta profesional

* Si es pensionado, presentar última colilla de la pensión

* Si tiene contrato de aprendizaje presentar copia del contrato

Para beneficiarios con situación de discapacidad, debe tener registrada la discapacidad ante la Caja.

Los ingresos del grupo familiar no pueden superar los 4 SMLV.

El subsidio de educación regular para colegios privados (transición al grado 11) **no aplica educación para jóvenes en extraedad y adultos**

El subsidio de primera infancia sólo aplica para beneficiarios de 0 a 5 años que estén matriculados en Instituciones de primera infancia o educación inicial privados.

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 deben realizar el proceso de referenciación con la psicóloga en el teléfono 5113133 ext 1148 - 4237 - 4238 - 4246

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.**

*La asignación y el pago del subsidio se realiza mes vencido

* 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.

*El subsidio de Primera Infancia solo aplica para Instituciones de Educación Inicial hasta el grado Jardín

* Estar matriculado en colegio regular privado con licencia de funcionamiento desde el grado de transición hasta el grado 11°. No aplica para Validación en educación extra edad (CLEI)

* Al momento de hacer la asignación mensual del subsidio, el trabajador debe estar activo en la Caja de Compensación Comfenalco y tener mínimo un aporte a la Caja de Compensación.

*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 Educativos, se requiere cumplir las condiciones y la disponibilidad de recursos.

*Al ser retirado de la empresa, al cambiar su categoría de afiliación, superar el tope de los 4SMLV, al encontrarse la empresa en mora o el estudiante de educación regular no estar debidamente matriculado en la plataforma SIMAT (Sistema Integrado de Matriculas), el beneficiario pierde el derecho al subsidio educativo. En caso de subsanar los causantes de la pérdida de derecho, el afiliado deberá reportar la novedad y puede solicitar nuevamente el subsidio siempre y cuando presente los documentos requeridos en las fechas establecidas 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.

*Comfenalco Antioquia exige unas condiciones o requisitos que deben cumplirse por cada beneficiario para efectuar los pagos de los subsidios cada mes, en caso de incumplirse alguno de estos se procederá a retirar el pago; en estos casos la responsabilidad de pago de la mensualidad en la Institución se traslada al afiliado.

*Para la población con discapacidad en instituciones especializada, se debe tener contrato con la Caja, de lo contrario no puede acceder al beneficio.

*Si el costo de la mensualidad de cada estudiante excede el valor aprobado por la Caja, dicho excedente debe ser cancelado por cada afiliado, ya que la Caja no asume valores distintos a los aprobados, los cuales varían dependiendo de la categoría de afiliación.

*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 institución 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 vigente 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 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.

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: _____

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