



FORMULARIO POSTULACIÓN PROGRAMA SUBSIDIOS EDUCATIVOS PRIMERA INFANCIA

Codigo: FM-GFO-193  
Versión: 01  
Fecha: abril 2022

Fecha: dd/ mm/aa

Funcionario que recibe:

Consecutivo

BECAS PRIMERA INFANCIA HASTA EL GRADO JARDÍN

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO A COMFENALCO

Nombres y apellidos completos:

Cédula de ciudadanía de

Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA

Dirección Barrio Municipio

Teléfono Fijo Teléfono Celular Correo electrónico

Estado Civil Cabeza de hogar Si: No:

Tipo de Afiliación: Dependiente Independiente Pensionado

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/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

Nombre de la Institución Código Dane (Si aplica)

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, donde se encuentre matriculado en el Establecimiento Educativa privado que indique el nombre completo del estudiante, grado ó programa y el valor de la mensualidad.

Fotocopia de la licencia de funcionamiento o acreditación del ICBF como Hogar Infantil

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

El subsidio sólo aplica para Instituciones de primera infancia o educación inicial privados

## CONDICIONES

**\*En caso de salir beneficiado por el subsidio educativo, el usuario debe presentar del 1 al 30 de septiembre 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.**

\* 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 e independientes 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 sólo aplica para Instituciones de educación inicial hasta el grado Jardín

\* 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 de Excedentes, 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 A y B.

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.

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.

**Nota: Estos recursos son de excedentes de años anteriores y solo estarán disponibles durante la vigencia de 2022**

## 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

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.