

SOLICITUD DE SUBSIDIO EXTRAORDINARIO POR MUERTE DE TRABAJADOR BENEFICIARIO Y SOLICITUD DE AUXILIO DE PROTECCIÓN FAMILIAR POR FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR
HISTORIA FAMILIAR

Razón Social del Último Empleador: _____ NIT: _____ Bp: _____

DATOS DEL TRABAJADOR FALLECIDO

NOMBRE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. T.I. C.E. NUIP No. _____

No. BP: _____

LUGAR Y FECHA DEL FALLECIMIENTO: _____

CAUSA: _____

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. T.I. C.E. NUIP No. _____

No. BP: _____

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: _____

BARRIO: _____

TELÉFONO FIJO: _____

CELULAR: _____

CIUDAD: _____

DEPARTAMENTO: _____

 ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO UNIÓN LIBRE SEPARADO VIUDO

CORREO ELECTRÓNICO: _____

 AFILIADO A COLSUBSIDIO? SI NO

PARENTESCO: _____

TARJETA DE AFILIACIÓN No. _____

NOMBRE DE OTRA PERSONA DE CONTACTO: _____

TELÉFONO No. _____

No. DE BENEFICIARIOS POR QUIENES SOLICITA: _____

INFORMACIÓN DE LOS HIJOS

NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	No. BP
		DD	MM	AAAA		

INFORMACIÓN DE OTRAS PERSONAS A CARGO

NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	No. BP
		DD	MM	AAAA		

PARA USO EXCLUSIVO DE COLSUBSIDIO

VALOR DEL AUXILIO DE PROTECCIÓN FAMILIAR EN DINERO \$ _____

EN ESPECIE \$ _____

OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL ASESOR O PROMOTOR QUE RECIBE

NOMBRE: _____

CENTRO DE SERVICIOS: _____

FECHA: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar COLSUBSIDIO identificada con el NIT 860.007.336-1 para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a sus filiales o vinculadas y a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial o publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales será sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contacto, entre otros: número de celular, correo electrónico, twitter, Facebook, dirección de correspondencia, teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología: SI _____ NO _____

FIRMA: _____

C.C. _____

AVISO DE PRIVACIDAD: Declaro bajo la gravedad de juramento que los datos aquí contenidos son exactos y veraces y que COLSUBSIDIO me ha informado de manera previa y expresa que: i) Los datos personales suministrados por mí serán utilizados por COLSUBSIDIO para dar cumplimiento a las finalidades que se desprenden de la naturaleza de la Caja de Compensación Familiar Colsubsidio.

ii) Mis datos serán objeto de recolección, almacenamiento, actualización, y copia de seguridad.

iii) El Responsable y Encargado del Tratamiento de los datos será COLSUBSIDIO.

iv) Tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar la supresión, presentar quejas y reclamos y demás derechos contenidos en la ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario, respecto de los datos suministrados.

v) Puedo conocer el Manual Interno de Políticas y Procedimientos para el Tratamiento de los Datos de COLSUBSIDIO a través del siguiente link: "Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales de Colsubsidio" en nuestro sitio WEB: www.colsubsidio.com.

SOLICITUD DE SUBSIDIO EXTRAORDINARIO POR MUERTE DE TRABAJADOR BENEFICIARIO Y SOLICITUD DE AUXILIO DE PROTECCIÓN FAMILIAR POR FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR

Por medio de la presente solicito el Auxilio de Protección Familiar y Subsidio Extraordinario por Fallecimiento del Trabajador, para lo cual adjunto los siguientes documentos requeridos para dicho trámite:

Registro Civil de Defunción, en original o fotocopia	
Fotocopia de la Partida o Registro Civil de Matrimonio	
En caso de convivencia en unión libre, una Declaración Extrajuicio rendida por dos testigos, no familiares	
Fotocopia de la Cédula del Trabajador	
Fotocopia de la Cédula del Solicitante	
Registro Civil de Nacimiento de los hijos que reciben cuota monetaria	
Historia Familiar	
En caso de no convivencia del padre o madre biológico(a) con el fallecido(a) una Declaración Extrajuicio rendida por dos (2) testigos, no familiares, indicando que el(los) menor(es) convive(n) y depende(n) económicamente de él.	
Cuando el solicitante no es el padre o la madre biológica de los beneficiarios, debe anexar custodia legal emitida por entidad competente (I.C.B.F. , Comisaría de Familia, Juzgado de Familia, etc.), entregada a la persona que quedó con el cuidado de los menores.	

Otro ___ Cuál? _____

Adjunto: _____ Folios

Cordialmente,

Firma

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE:	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		
TELÉFONO FIJO:	CELULAR:	BARRIO:	
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	CORREO ELECTRÓNICO:		
NOMBRE DE OTRA PERSONA DE CONTACTO:			
TELÉFONO DE OTRA PERSONA DE CONTACTO:			
DIRECCIÓN DE OTRA PERSONA DE CONTACTO:			