

Municipio:

Fecha de solicitud:

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RADICADO N°: _____

CERTIFICACIÓN DE ESCOLARIDAD.

I. DATOS DEL ESTUDIANTE BENEFICIARIO

Nombres y apellidos		Edad	Fecha de nacimiento			Identificación								
<input type="text"/>		<input type="text"/>	Día	Mes	Año	(Menor de 7 años: Registro civil, de 7 a 17 años: Tarjeta de identidad, de 18 años en adelante: Cédula de ciudadanía.)								
Teléfono	Celular	Correo Electrónico												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
Grado de escolaridad (Marque con una x el grado correspondiente del beneficiario)														
<input type="checkbox"/> Transición	<input type="text"/>	Primaria	1ero	2do	3ro	4to	5to	<input type="checkbox"/> Secundaria	6to	7mo	8vo	9no	10mo	11mo
<input type="checkbox"/> Tecnico - Semestre	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tecnólogo - Semestre	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Universitario - Semestre		<input type="text"/>								
Grupo al que pertenece (Marque con una x)														
<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Afrodescendiente	<input type="checkbox"/> Otro, Cual? _____												
Tipo de discapacidad (Marque con una x)														
<input type="checkbox"/> Discapacitado	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Cual? _____									

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA A DONDE ESTUDIA EL BENEFICIARIO

Nombre de la Institución Educativa		Nit de la Institución Educativa			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Municipio.	Departamento	Resolución de aprobación de Licencia de Funcionamiento			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Número	Día	Mes	Año
Rector de la Institución Educativa		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de institución (Marque con una x)	Ubicación de la institución (Marque con una x)	Dirección de la Institución Educativa			
<input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Pública	<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana	<input type="text"/>			
Teléfono	Correo electrónico de la Institución Educativa				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Este certificado de escolaridad debe ser firmado por el Rector(a) de la Institución Educativa.					
A este formato se debe anexar copia de la tarjeta de identidad del beneficiario a partir de los 7 años y cédulas a partir de los 18 años, en caso que no tengan actualizado el documento.					
Firma y sello del Rector(a) de la Institución Educativa					

III. DATOS DEL TRABAJADOR AFILIADO

Tipo de Identificación	Documento	Nombres y apellidos			
C.C. C.E. P.P. P.E.P. P.P.T.	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Dirección de residencia	Teléfono	Correo electrónico			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Empresa donde labora el trabajador		Teléfono de la empresa			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Municipio		Departamento			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Nivel educativo del trabajador afiliado (Marque con una x el nivel educativo)					
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Tecnológico	<input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> Otro	Cual? _____				

IV. DATOS DEL DATOS DEL CÓNYUGE

COMPAÑERO(A)

RESPONSABLE DEL MENOR

Tipo de Identificación	Documento	Nombres y apellidos			
C.C. C.E. P.P. P.E.P. P.P.T.	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Dirección de residencia	Teléfono	Correo electrónico			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Empresa donde labora el trabajador		Teléfono de la empresa			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Municipio		Departamento			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Nivel educativo del trabajador afiliado (Marque con una x el nivel educativo)					
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Tecnológico	<input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/> Ninguno	
<input type="checkbox"/> Otro	Cual? _____				

V. AUTORIZACION DE USO DE DATOS PERSONALES

<p>* Autorizo a Comfaguajira a utilizar los datos aquí registrados para que sean tratados de manera confidencial, segura, leal y transparente en los términos y condiciones señalados en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para el desarrollo de campañas promocionales, ofertas de servicios y programas de fidelización diseñadas, implementadas y administradas por COMFAGUAIJIRA o terceros autorizados.</p> <p>* Autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contacto, entre otros: Número de teléfono móvil o fijo, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología y que tenga registrados en sus bases de datos. Así mismo Autorizo me sean notificadas personalmente todas las decisiones y situaciones originadas como afiliada a la Caja de Compensación Familiar de la Guajira, al siguiente correo electrónico: _____ . Cualquier cambio en la dirección electrónica o cualquier otro medio de contacto deberá ser notificada a Comfaguajira. " SI _____ NO _____</p> <p>Firma del usuario _____ (Aplica para afiliaciones presenciales)</p>	<p>HUELLA</p> <p>"La huella aplica en caso de no poder firmar"</p>
--	--

Observaciones generales

APLICA PARA AFILIACIONES PRESENCIALES

<p>Firma Trabajador afiliado o persona autorizada para recibir el subsidio _____</p> <p>Firma Digitador del formulario _____</p> <p>Fecha: _____</p>	<p>Recibido por: _____</p> <p>Fecha de recibido _____</p> <p>Recibido -Dpto Aportes y Subsidio _____</p> <p>Fecha Recibido: _____</p>
--	---

Requisitos Generales para acceder a los Subsidios

- Este certificado aplica para la entrega de subsidio monetario y educativo
- Para acceder a los subsidios el trabajador debe ser afiliado a la Caja de Compensación Familiar de La Guajira y devengar entre uno (1) y cuatro (4) salarios mínimos legales vigentes (Categoría A y/o B). En caso de que ambos padres estén afiliados a Comfaguajira y la suma de sus ingresos sea superior a seis (6) salarios mínimos, no podrán acceder a los subsidios
- Para la entrega de subsidios, La empresa en la que labora el afiliado debe estar al día con el pago de sus aportes hasta la entrega del beneficio.
- La fecha límite para la presentación del certificado de es el 30 de mayo de cada vigencia.
- Si ambos padres trabajan y están afiliados diligenciar los datos de ambos.
- La presentación de información falsa será causal de anulación del certificado en el momento que se detecte.
- El certificado debe estar diligenciado en original, sin tachones ni enmendaduras.
- Para la entrega de subsidios educativos, aplicarán los criterios de los subsidios específicos, los cuales serán publicados en el momento de la convocatoria del respectivo subsidio por los diferentes medios que cuenta la Corporación. (página web, redes sociales, intranet, prensa escrita, volantes, etc.).