



APORTES Y SUBSIDIO SOLICITUD SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

Código: MI-ASU-FO-03 Versión: 1.0.0 Fecha: 19/12/2025 Página: 1 de 2

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PE No de Identificación	Nombre o Razón social	Teléfono:
--	-----------------------	-----------

2. DATOS DEL SOLICITANTE

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PE	<input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Cónyuge/compañera permanente <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Otro Parentesco _____			
No de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Dirección de Residencia:	Barrio:	Municipio:	Departamento:	
Celular:	Teléfono:	Correo Electrónico:	Salario:	

3. DATOS DEL FALLECIDO

Tipo de identificación <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> RC No de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Fallecido <input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Beneficiario o Persona a Cargo	Fecha Defunción	Parentesco con el Trabajador (Hijo, Hijastro, Padre/madre, Hermano)	Edad	

4. INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

Autorizo a CAFASUR que pague el Subsidio Extraordinario por Fallecimiento a través de consignación en la Cuenta a nombre de: _____
_____ identificado con documento No _____ en la cuenta : (Escoja una Opción)
☐ Corriente ☐ Ahorros ☐ Nequi ☐ Daviplata
No _____ Banco _____

5. INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL SUBSIDIO DE FALLECIMIENTO

Nombre del Beneficiario	Parentesco
1.	
2.	
3.	
4.	

Nota: El Parentesco hace referencia a la relación que tiene el beneficiario con el trabajador, como son los Hijos, Hijastros, Hermanos, Madre/padre; Esta información se hace necesaria cuando se solicita el subsidio por fallecimiento del trabajador.

5. AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívocamente a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL SUR DEL TOLIMA – CAFASUR (en adelante CAFASUR) a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del (los) menor(es) de edad o persona(s) en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Datos Personales la cual está publicada en www.cafasur.com.co y/o en la Cr 4 No. 10 – 04 Edificio Cafasur en El Espinal – Tolima. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a CAFASUR y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la antes mencionada Política, la cual declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

Declaro que la información aquí suministrada es cierta, verídica y que en caso de ser admitida mi solicitud, me comprometo a cumplir con las normas establecidas por la Ley en lo concerniente a lo establecido en el Régimen del Subsidio Familiar, igualmente autorizo a CAFASUR para que por cualquier medio, verifique los datos aquí contenidos y compruebe el cumplimiento de las mismas, si lo estima conveniente. Cualquier falsedad u omisión voluntaria conlleva a la anulación de esta solicitud. La omisión a este requisito puede generar falsedad documental, investigada penalmente.

FIRMA DEL TRABAJADOR
(En caso de fallecimiento del beneficiario)

FIRMA DE BENEFICIARIO-SOLICITANTE
(En caso de fallecimiento del Trabajador)



APORTES Y SUBSIDIO SOLICITUD SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

Código: MI-ASU-FO-03 Versión: 1.0.0 Fecha: 19/12/2025 Página: 2 de 2

Nota: En caso de fallecimiento del trabajador, quien acredite la custodia de las personas a cargo de este, diferente a la cónyuge o compañera permanente, diligenciar los siguientes campos:

Documento de identificación	Nombre Completo	Parentesco	Teléfono	Firma

6. ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR CAFASUR

Numero de Cuotas:	Vigencia Cuota: (periodos)	Valor Cuota:	Valor Total Subsidio:
-------------------	----------------------------	--------------	-----------------------

Observaciones:

Documentos Recibidos:

- ☐ Fotocopia de cédula del trabajador
- ☐ Fotocopia del Documento de identidad del fallecido
- ☐ Registro civil de defunción en original o copia
- ☐ En caso de convivencia en unión libre, anexar declaración juramentada
- ☐ En caso de no convivencia del padre o madre biológica(a) con el fallecido(a), anexar declaración juramentada.
- ☐ En caso de fallecimiento del trabajador presentar copia del registro civil de nacimiento de los beneficiarios por quienes percibió cuota monetaria en el mes de fallecimiento
- ☐ Cuando el solicitante no es el padre o madre biológica de los beneficiarios, debe anexar custodia legal de persona a cargo, emitida por una entidad competente (ICBF, Comisaria de Familia, Juzgado de Familia) entregada a la persona que quedo a cargo de los menores.

Firma y Sello de Radicación