



INSTRUCTIVO TÉCNICO SUBSIDIO POR AFECTACIÓN LABORAL (SUBAL)



MUTUALIDAD CFIA
TRANSFORMAMOS VIDAS

Código: MCFIA-SSI-SSE- INS-TEC-19	Página 1 de 5	Fecha de aprobación: noviembre 2023	
Departamento: Servicios Solidarios Integrales	Versión: 02	Fecha de última revisión: setiembre 2025	

FECHA

DD | MM | AAAA

Le agradecemos completar el formulario, este es un paso esencial para el análisis de su solicitud del subsidio. La información será tratada con confidencialidad y utilizada únicamente para este proceso.

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA SUBSIDIO POR AFECTACIÓN LABORAL

Nombre del colegiado(a)

Nº de identificación Colegio miembro Carné

LUGAR DE RESIDENCIA:

Provincia Cantón Distrito

Otras señas

Tel. domicilio Celular

Correo electrónico

CUÉNTENOS EL MOTIVO DE SU SOLICITUD

DESCRIBA A LAS PERSONAS QUE FORMAN PARTE DE SU GRUPO FAMILIAR:

Nombre	Identificación	Parentesco	Ocupación	Ingreso
		Colegiado(a)		



INSTRUCTIVO TÉCNICO SUBSIDIO POR AFECTACIÓN LABORAL (SUBAL)



Código: MCFIA-SSI-SSE- INS-TEC-19	Página 2 de 5	Fecha de aprobación: noviembre 2023	
Departamento: Servicios Solidarios Integrales	Versión: 02	Fecha de última revisión: setiembre 2025	

Queremos acompañarle de la mejor manera posible. Para ello complete la información de los gastos mensuales del hogar, según las categorías mostradas:

Concepto		Monto mensual	Concepto	Monto mensual
Vivienda	Alquilada ☐	₡	Pago de colegiatura	₡
	Hipotecada ☐			
Alimentación		₡	Educación	₡
Agua		₡	Seguros	₡
Electricidad		₡	Salud	₡
Telefonía		₡	Transporte	₡
Cable e internet		₡	Pensión alimenticia	₡
TOTAL DE EGRESOS			₡	

Para conocer mejor su situación económica y la de su grupo familiar, le agradecemos brindarnos la información sobre las cuentas activas en entidades bancarias. Le recordamos que esta información será tratada con total confidencialidad y nos ayudará a brindarle un mejor acompañamiento:

CUENTAS BANCARIAS DE DÉBITO (NO CONTEMPLAR TARJETAS DE CRÉDITO)

Titular de las cuentas	Entidad financiera	Cantidad de cuentas



INSTRUCTIVO TÉCNICO SUBSIDIO POR AFECTACIÓN LABORAL (SUBAL)



Código: MCFIA-SSI-SSE- INS-TEC-19	Página 3 de 5	Fecha de aprobación: noviembre 2023	
Departamento: Servicios Solidarios Integrales	Versión: 02	Fecha de última revisión: setiembre 2025	

Le agradecemos completar la siguiente información, esta nos ayudará a comprender mejor su situación y la de su grupo familiar:

1. ¿CUÁL ES SU CONDICIÓN LABORAL ACTUAL?

- ☐ Soy una persona asalariada ☐ Ejercicio liberalmente la profesión
- ☐ Soy una persona pensionada ☐ Otro |

Especifique:

2. ¿USTED O ALGUNA PERSONA DEL HOGAR FORMA PARTE DE UNA ASOCIACIÓN SOLIDARISTA O UNA COOPERATIVA?

- ☐ No ☐ Si | Especifique:

Persona asociada	Cooperativa	Asociación solidarista

3. USTED O ALGUNA PERSONA DEL HOGAR:

- ☐ Tiene una situación de salud ☐ Debe cuidar a otras personas que sean dependientes
- ☐ Es una persona adulta mayor ☐ Otro |

Especifique:



INSTRUCTIVO TÉCNICO SUBSIDIO POR AFECTACIÓN LABORAL (SUBAL)



MUTUALIDAD CFIA
TRANSFORMAMOS VIDAS

Código: MCFIA-SSI-SSE- INS-TEC-19	Página 4 de 5	Fecha de aprobación: noviembre 2023	
Departamento: Servicios Solidarios Integrales	Versión: 02	Fecha de última revisión: setiembre 2025	

En caso de que su solicitud sea aprobada por la Junta Administradora de Mutualidad CFIA, por favor aportar la información bancaria para el depósito correspondiente:

***En caso de ser cuenta del BNCR, por favor aportar el número de cuenta corriente*.**

Cuenta corriente BNCR:

Cuenta IBAN:

Entidad bancaria:

En caso de requerir que se deposite el dinero a la cuenta de otra persona, favor completar la siguiente información:

Yo _____, cédula _____, autorizo se deposite el monto correspondiente al Subsidio por afectación laboral a la siguiente cuenta: _____, entidad, _____, la cual se encuentra a nombre de _____, cédula _____, parentesco _____.

Nombre: _____

Cédula: _____

Firma: _____



INSTRUCTIVO TÉCNICO SUBSIDIO POR AFECTACIÓN LABORAL (SUBAL)



Código: MCFIA-SSI-SSE- INS-TEC-19	Página 5 de 5	Fecha de aprobación: noviembre 2023	
Departamento: Servicios Solidarios Integrales	Versión: 02	Fecha de última revisión: setiembre 2025	

CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

Con el fin de que se analice la presente solicitud de subsidio por afectación laboral, que ante Mutualidad CFIA he presentado, autorizo que mis datos proporcionados se mantengan en las bases de datos de Mutualidad CFIA; así mismo reconozco que los datos brindados pasan a ser propiedad de Mutualidad CFIA, quien por su parte reconoce que la obtención de los datos recolectados le son únicamente necesarios y serán utilizados para los efectos del eventual otorgamiento del subsidio por afectación laboral, los cuales guardará con confidencialidad. Por su parte, autorizo expresamente, otorgando mi consentimiento a Mutualidad CFIA, para que consulte mi información personal en las bases de datos que así lo requieran, con el fin de realizar consultas y recolectar información de cualquier base de datos y protectora de crédito.

DECLARACIÓN JURADA PARA SOLICITUD DEL SUBSIDIO POR AFECTACIÓN LABORAL (SUBAL)

Conocedor de las penas con que las leyes penales costarricenses castigan el delito de perjurio, declaro bajo la fe del juramento el cual dejo rendido, que:

- Todos los datos brindados en el presente formulario son verdaderos, así como de la veracidad de los documentos que al efecto he aportado para el otorgamiento del subsidio por afectación laboral.
- Que la información ofrecida responde a mi realidad actual, tanto económica como familiar.
- En caso de mejorar mi situación económica, que me permita subsistir por mis propios medios, notificaré de inmediato a Mutualidad CFIA, para que sea cesados los depósitos restantes del subsidio aprobado, lo que comunicaré al correo electrónico mutualidad@cfia.cr; al efecto, reconozco que de no proceder de la forma indicada, Mutualidad CFIA se guarda el derecho de solicitar por las vías legales correspondientes, el reintegro de todos los dineros que por este subsidio haya recibido.
- Que he sido advertido, que de demostrarse que la información y documentos que he aportado arroje datos falsos, Mutualidad CFIA con el fin de hacer valer las responsabilidades del caso, iniciará con los procedimientos legales que correspondan, además, cobrará los gastos legales y administrativos en que haya incurrido.

San José a los _____ días(s) del mes de _____ del 20_____

Nombre de la persona colegiada: _____

Firma de la persona colegiada: _____

Número de identificación: _____