# comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

| BP | No. Solicitud | Fecha de Recibo DD | MM | AAAA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

## Datos del empleador

| Tipo de Identificación | | | | | | No. Identificación | D.V | Razón Social/Apellidos y nombres | Teléfono | Ubicación del trabajador dependiente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT | CC | CE | PA | RC | TI | | | | | Agrupación | Sucursal |
| | | | | | | | | | | | |

## Datos del trabajador dependiente

| Tipo de Identificación | | | | | No. Identificación | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Estado civil | | | | | Fecha de nacimiento | | | Género | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | CE | PA | RC | TI | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | DD | MM | AAAA | F | M |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Datos de residencia del trabajador dependiente

| Dirección | Departamento | Ciudad/Municipio | Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## Datos laborales

| Tipo de Salario | | | Salario mes | Hrs contratadas día | Hrs contratadas mes | Tipo de contrato | | Fecha de ingreso a la empresa | | | Tipo de actividad/Cargo | Sector Agrario | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | $ | | | 1 | 2 | DD | MM | AAAA | | | SI |
| | | | | | | | | | | | | | NO |

## Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

| Nit | Razón Social | No de horas/mes | Salario/mes | Afiliado a Caja de Compensación | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI | | NO | | Cual? |
| | | | | SI | | NO | | Cual? |

## Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

| Tipo de Identificación | | | | | No. Identificación | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Género | | Fecha de nacimiento | | | Ocupación | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | CE | PA | RC | TI | | | | | | F | M | DD | MM | AAAA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Datos de las personas a cargo

| Tipo de Identificación | | | | | Número | Primer Apellido | Segundo apellido | Nombres Completos | Parentesco | | | | Discapacidad | Fecha de Nacimiento | | | Género | | Nombre de la Institución Educativa | NIT Institución Educativa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | CE | PA | RC | TI | | | | | Hijo | Hijastro | Padre/Madre | Hermano huérfano | | DD | MM | AAAA | Femenino | Masculino | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria a:

- ☐ Tarjeta de afiliación
- ☐ Entidad no bancaria en convenio con Comfama ¿Cual? _____
- ☐ Cuenta personal ☐ Ahorros ☐ Corriente Número _____

**NOTA:** Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste; y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la pagina web Comfama http://www.comfama.com/. **Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.**

| Firma y sello del empleador | Firma y documento de identidad del trabajador | Sello de recibido en Comfama | Sello de ingreso al sistema en Comfama |
|---|---|---|---|
| | | | |

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002; por ello la información recolectada sólo se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012. La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail:protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

Cod. 108 - V12

- Original (Comfama) -
cadena s.a.
VIGILADO Super Subsidio

# Información para el diligenciamiento del formulario Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

**Guía para el diligenciamiento del formulario**

**Marque el número en cada casilla de acuerdo con la siguiente tabla.**

| Estado Civil | | | Tipo de Salario | | Tipo de Contrato | | Ocupación | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Soltero | 2. Casado | 3. Unión libre | 1. Fijo | 2. Variable | 1. Indefinido | 2. Fijo | 1. Hogar | 2. Empleado | 3. Independiente |
| 4. Viudo | 5. Separado | | 3. Integral | | | | 4. Pensionado | 5. Desempleado | |

**Se entienden salario fijo, salario variable y salario integral, en los términos del Código Sustantivo del Trabajo.**

**Definiciones:** Tenga en cuenta las siguientes definiciones para el diligenciamiento del formulario:
- Agrupación: Lugar donde el trabajador ejerce sus labores.
- Sucursal: Dependencia a la cual está adscrito el Trabajador.

* Para diligenciar el campo Nivel Educativo, identifique por cada persona a cargo el grado que cursa e ingréselo en la casilla correspondiente.

**Documentos que deben presentarse para la afiliación**
**Importante:**

- Los documentos probatorios que se anexan, deben ser legibles, sin enmendaduras y sin resaltador.
- Después de diligenciar el formato coloque los documentos probatorios dentro del bolsillo o sobre disponible en esta misma hoja.

**Trabajador:**
- Fotocopia del documento de identificación.

**Cónyuge**
Fotocopias de:
- Documento de identificación.
- Folio del registro civil o partida eclesiástica de matrimonio del trabajador.

**Compañero(a) permanente**
- Fotocopia de documento de identificación.
- Acreditación como compañero (a) permanente. Podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin, el cual puede encontrar en la página web www.comfama.com.

.

**Hijos e hijastros**
Fotocopias de:
- Folio del registro civil de nacimiento.
- Documento de identificación del hijo e hijastro.
- Certificado de escolaridad de establecimiento docente colombiano debidamente aprobado, para los hijos e hijastros entre los 12 y 18 años de edad. Para los hijos e hijastros desde los 19 hasta los 23 años de edad cumplidos, que estén estudiando algún programa de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano - ETDH, certificado de la respectiva institución educativa colombiana que brinde estos programas, con fecha de expedición no superior a seis (6) meses, cuya duración no sea inferior a 600 horas anuales.

En el caso de hijastros además tener en cuenta estos documentos:
- Acreditación del compañero (a) permanente del trabajador.
- Constancia a través de la cual el trabajador manifieste que sus hijastros, conviven y dependen económicamente de él.

En estos casos podrá diligenciar los formatos que Comfama tiene establecidos para tal fin, los cuales podrá encontrar en la página web www.comfama.com.

**Hermanos huérfanos de padres**
Fotocopias de:
- Folio del registro civil de nacimiento del trabajador.
- Folio del registro civil de nacimiento de los hermanos huérfanos de padres.
- Documento de identificación de los hermanos huérfanos de padres.
- Partida eclesiástica de defunción o registro civil de defunción de los padres.
- Constancia a través de la cual el trabajador manifieste que los hermanos huérfanos de padres, conviven y dependen económicamente de él y que ningún otro hermano los tiene afiliados a Comfama o a otra Caja de Compensación Familiar. En este caso podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin, el cual podrá encontrar en la página web www.comfama.com.
- Certificado de escolaridad de establecimiento docente colombiano debidamente aprobado, para los hermanos huérfanos de padres entre los 12 y 18 años de edad. Para los hermanos huérfanos de padres desde los 19 hasta los 23 años de edad cumplidos, que estén estudiando algún programa de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano - ETDH, certificado de la respectiva institución educativa colombiana que brinde estos programas, con fecha de expedición no superior a seis (6) meses, cuya duración no sea inferior a 600 horas anuales.

**Padres**
Fotocopias de:
- Folio del registro civil de nacimiento del trabajador en el que conste el nombre de sus padres.
- Documento de identificación de los padres del trabajador.
- Constancia a través de la cual el trabajador manifieste que sus padres dependen económicamente de él, que no reciben salario, renta o pensión alguna y que ningún otro hijo los tiene afiliados a Comfama o a otra Caja de Compensación Familiar. En este caso podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin, el cual podrá encontrar en la página web www.comfama.-com.

**Discapacidad**
El trabajador beneficiario recibirá doble cuota monetaria del Subsidio Familiar por sus hijos, padres y hermanos huérfanos de ambos padres, sin importar su edad, que presenten capacidad física y/o mental disminuida que les impida trabajar. Para ello, el trabajador debe demostrar la convivencia y dependencia económica de la persona a cargo con la discapacidad, además presentar constancia emitida por una Entidad Promotora de Salud - EPS, por una IPS de la red pública de salud (decretos 1355 de 2008 y 4942 de 2009), o por la Junta Regional de Calificación de Invalidez (decreto 2463 del 20 de noviembre de 2001).

Para conocer los derechos y deberes del afiliado consultar la página : **www.comfama.com**

**Comfama podrá requerir pruebas adicionales para acreditar el derecho a la prestación social.**

VIGILADO SuperSubsidio
Grafa de precorte

# comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

| BP | No. Solicitud | Fecha de Recibo DD | MM | AAAA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

## Datos del empleador

| Tipo de Identificación | | | | | | No. Identificación | D.V | Razón Social/Apellidos y nombres | Teléfono | Ubicación del trabajador dependiente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT | CC | CE | PA | RC | TI | | | | | Agrupación | Sucursal |
| | | | | | | | | | | | |

## Datos del trabajador dependiente

| Tipo de Identificación | | | | | No. Identificación | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Estado civil | | | | | Fecha de nacimiento | | | Género | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | CE | PA | RC | TI | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | DD | MM | AAAA | F | M |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Datos de residencia del trabajador dependiente

| Dirección | Departamento | Ciudad/Municipio | Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## Datos laborales

| Tipo de Salario | | | Salario mes | Hrs contratadas día | Hrs contratadas mes | Tipo de contrato | | Fecha de ingreso a la empresa | | | Tipo de actividad/Cargo | Sector Agrario | SI / NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | $ | | | 1 | 2 | DD | MM | AAAA | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

## Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

| Nit | Razón Social | No de horas/mes | Salario/mes | Afiliado a Caja de Compensación | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI | | NO | | Cual? |
| | | | | SI | | NO | | Cual? |

## Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

| Tipo de Identificación | | | | | No. Identificación | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Género | | Fecha de nacimiento | | | Ocupación | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | CE | PA | RC | TI | | | | | | F | M | DD | MM | AAAA | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Datos de las personas a cargo

| Tipo de Identificación | | | | | Número | Primer Apellido | Segundo apellido | Nombres Completos | Parentesco | | | | Discapacidad | Fecha de Nacimiento | | | Género | | Nombre de la Institución Educativa | NIT Institución Educativa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | CE | PA | RC | TI | | | | | Hijo | Hijastro | Padre/Madre | Hermano huérfano | | DD | MM | AAAA | Femenino | Masculino | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria a:

- ☐ Tarjeta de afiliación
- ☐ Entidad no bancaria en convenio con Comfama ¿Cual? _____
- ☐ Cuenta personal ☐ Ahorros ☐ Corriente Número _____

**NOTA:** Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste; y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la pagina web Comfama http://www.comfama.com/. **Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.**

| Firma y sello del empleador | Firma y documento de identidad del trabajador | Sello de recibido en Comfama | Sello de ingreso al sistema en Comfama |
|---|---|---|---|
| | | | |

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002; por ello la información recolectada sólo se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012. La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail:protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

Cod. 108 - V12

Grafa de precorte

- Original (Empleador) -

cadena s.a.

VIGILADO Super Subsidio