

FORMULARIO DE AFILIACION O NOVEDADES DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva
 Cambio de Empresa
 Adición Nucleo Familiar
 Actualización Datos

TIPO DE AFILIADO

Dependiente
 Servicio Domestico
 Madre Comunitaria
 Taxista

CODIGO	FT-GS-01
VERSION	12
FECHA	3/02/2022

Favor diligenciar todas las casillas, sin enmendaduras y en letra legible.
 Lea cuidadosamente el instructivo para el diligenciamiento de este formulario.

Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI NO

La respuesta (SI), debe anexar Certificado de distinción como Veterano de la Fuerza Pública emitido por el Ministerio de Defensa.

DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:		
NIT:	Dirección de la Empresa	Ciudad:
Departamento:	Correo electrónico de la empresa:	Numero telefónico:

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	N° Identificación	Fecha de Expedición: DIA / MES / AÑO	Fecha de Nacimiento: DIA / MES / AÑO	Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	
1er Apellido		Lugar Expedición:	Nacionalidad:		
2do Apellido		Nombres			
Estado Civil: U.L. <input type="checkbox"/> CAS. <input type="checkbox"/> DIV. <input type="checkbox"/> SEP. <input type="checkbox"/> VIU. <input type="checkbox"/> SOLT. <input type="checkbox"/>	Fecha de Ingreso: DIA / MES / AÑO	Salario Base:	Tipo salario: Fijo <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/>		
Dirección Domicilio:	Barrio:	Ciudad:			
Numero telefónico:	Correo electrónico:	Tipo de contrato: Fijo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/>	Horas Laboradas en el Mes:		
E.P.S. Donde esta Afiliado (A):	Cargo a Desempeñar:	Profesión:	Fecha terminación: DIA / MES / AÑO	120 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/>	
Sector Agropecuario: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <i>La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.</i>	Act. sect. Agro. (Decreto 1053/2014) Agricultura <input type="checkbox"/> Silvicultura <input type="checkbox"/> Ganadería <input type="checkbox"/> Pesca <input type="checkbox"/> Avicultura <input type="checkbox"/> Apicultura <input type="checkbox"/>	Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/>	Zona: Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>	Cap. Trabaj. Normal <input type="checkbox"/> Discapac. <input type="checkbox"/>	<i>"120 horas- anexar copia contrato". (Decreto 2616 de 2013).</i>
Grado Escolaridad:	Preescolar <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/>	Básica Adultos <input type="checkbox"/> Secundaria Adultos <input type="checkbox"/> Media Adultos <input type="checkbox"/> Primera Infancia <input type="checkbox"/>	Técnico/ Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional Universitario <input type="checkbox"/> Posgrado / Maestría <input type="checkbox"/> Ninguno. <input type="checkbox"/>	No Disponible <input type="checkbox"/>	
Empresa con quien labora simultáneamente:		Nit:	Salario:		

DATOS SENSIBLES RESPONDE SI NO

Factor Vulnerabilidad Marque con una X

Desplazado. <input type="checkbox"/>	Damnificado Desastre Natural <input type="checkbox"/>	Población Migrante <input type="checkbox"/>	No Disponible <input type="checkbox"/>
Víctima del conflicto Armado (No desplazado). <input type="checkbox"/>	Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	Población Zonas Fronteras (Nacionales) <input type="checkbox"/>	
Desmovilizado o Reinsertado. <input type="checkbox"/>	Hijo (AS) de Madres Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	Ejercicio del Trabajo Sexual <input type="checkbox"/>	
Hijo (AS) de Desmovilizado o Reinsertados. <input type="checkbox"/>	En condición de Discapacidad <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	

Pertenencia Étnica Marque con una X

Afrocolombiano <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>	Raizal de Archipiélago de San Andres <input type="checkbox"/>	No se AUTO RECONOCE en ninguno <input type="checkbox"/>
Comunidad Negra <input type="checkbox"/>	Palenquero <input type="checkbox"/>	ROOM/ GITANO <input type="checkbox"/>	No Disponible <input type="checkbox"/>

Orientación Sexual:	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.
Heterosexual <input type="checkbox"/>	Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia persona de su mismo sexo
Homosexual <input type="checkbox"/>	Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige o materializa con personas de ambos sexos.
Información No disponible <input type="checkbox"/>	

VIGILADO SuperSubsidio

DATOS DEL CONYUGE COMPAÑERO PERMANENTE SI NO

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE VA A AFILIAR (Cuando un trabajador tenga mas de un grupo familiar deberá diligenciar un formulario de afiliación para cada grupo. los padres del trabajador pueden estar dentro de un grupo con hijos del trabajador).

Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		N° Identificación	Fecha de Nacimiento: DIA /MES /AÑO Nacionalidad:	Ocupacion:	Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>
1er Apellido		2do Apellido		Nombres	
Dirección Domicilio:		Barrio:		Ciudad:	
Numero Telefónico:		Capacidad Trabajo: Normal <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/>		Correo Electrónico:	
Grado Escolaridad: Preescolar <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Básica Adultos <input type="checkbox"/> Media Adultos <input type="checkbox"/> Primera Infancia <input type="checkbox"/> Técnico/ Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional Universitario <input type="checkbox"/> Posgrado / Maestría <input type="checkbox"/> Ninguno. <input type="checkbox"/>		No Disponible <input type="checkbox"/>			
Empresa con quien labora:				Nit:	Salario:

DATOS DE LAS PERSONAS A CARGO

Nombres y Apellidos	Hijo	Hijastró	Adoptado	Madre	Padre	Hermano	Sexo		Fecha de Nacimiento			N° y Tip. Documento R.C; T.I; C.C; PEP; PAS; C.E	DISCAPACIDAD
							H	M	DÍA	MES	AÑO		
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													

Espacio exclusivo para COMFIAR - PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR PARA CONYUGE O EL TRABAJADOR

Si es trabajador beneficiario, y es quien recibe el subsidio familiar, seleccione una de las siguientes opciones, donde desee que se le consigne la cuota monetaria. (si es cuenta bancaria, anexar certificación.)

BANCO CENTRO DE PAGO

A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.
 B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.
 C) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como "datos sencibles" para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Etnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.

FIRMA DEL TRABAJADOR **FIRMA DEL EMPLEADOR**

D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca-COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del Decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

FIRMA DEL TRABAJADOR

PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

SELLO DE RADICADO	DIGITALIZADO POR
-------------------	------------------

Observaciones:



FORMULARIO DE AFILIACION O NOVEDADES DE TRABAJADORES

Para la Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMULARIO

NOVEDAD
Afiliación nueva: Marque con una X si se afilia por primera vez a COMFIAR
Cambio de empresa: Marque con una X si ya está afiliado a COMFIAR pero paso a laborar con otra empresa o razón social.
Adición grupo familiar: Marque con una X si ya está afiliado a COMFIAR pero desea afiliar o adicionar a alguna(s) persona(s) de su
Actualización datos: Marque con una X si ya está afiliado a COMFIAR, pero desea actualizar datos como: cambio de dirección, teléfono, cambio de pago del subsidio...

DATOS DE LA EMPRESA
 NIT: Escriba el Nit o número de cédula del empleador

NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA: Escriba el nombre o razón social de la empresa donde labora.
CIUDAD: Escriba la ciudad donde se encuentra radicada la empresa para la que labora el trabajador
DEPARTAMENTO: Escriba el departamento donde se encuentra radicada la empresa para la que labora el trabajador
CIUDAD: Escriba la ciudad o municipio de la empresa
DIRECCION: Escriba la dirección de domicilio de la empresa
CORREO ELECTRONICO: Escriba el correo electrónico corporativo de la empresa
NUMERO TELEFONICO: Escriba el número telefónico corporativo de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: Escriba el número de identificación o documento de identidad del trabajador
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Escriba el tipo de identificación del trabajador
PRIMER APELLIDO: Escriba el primer apellido del trabajador.
SEGUNDO APELLIDO: Escriba el segundo apellido del trabajador.
NOMBRES: Escriba los nombres completos del trabajador.
FECHA DE NACIMIENTO: Escriba la fecha de nacimiento del trabajador.
SEXO: Marque con una X su sexo, ya sea genero H (Hombre) , M (Mujer) , I (Indefenido)
FECHA DE EXPEDICIÓN: Escriba la fecha de expedición de la cédula

LUGAR DE EXPEDICIÓN: Escriba la ciudad de expedición de la cédula

DIRECCION DOMICILIO: Escriba la dirección de domicilio del municipio donde vive de acuerdo a la ciudad donde labora.
BARRIO: Escriba el nombre del barrio donde vive de acuerdo a la ciudad donde labora
CIUDAD: Escriba la ciudad donde vive de acuerdo a la ciudad donde labora.
NUMERO TELEFONICO: Registre un número de teléfono donde siempre este disponible para cualquier información.
CORREO ELECTRÓNICO: Escriba el nombre de correo electrónico.
ESTADO CIVIL: Marque con una X su estado civil.

GRADO ESCOLARIDAD: Marque con una X el nivel educativo alcanzado.
PROFESIÓN: Escriba su profesión de acuerdo al nivel de estudio.
VIVIENDA PROPIA: Marque con una X si su vivienda es propia o no.
TIPO DE CONTRATO: Marque con una X si su contrato es a termino fijo o indefinido.
FECHA DE INGRESO: Indique la fecha de ingreso a la empresa para la que labora.
FECHA DE TERMINACION: Si su contrato es a termino fijo indique la fecha de terminación del contrato.

TIPO DE AFILIADO: Marque con una X el tipo afiliado

SINDICALISTA: Marque con una X si es o no sindicalista.
HORAS MES LABORADAS: Escriba las horas que trabaja al mes teniendo en cuenta que un día tiene 8 horas laborables.
E.P.S DONDE ESTA AFILIADO(A): Escriba el nombre de la eps donde se encuentra afiliado.
CARGO A DESEMPEÑAR: Escriba el cargo u oficio que desempeña en la empresa donde labora.
SALARIO: Escriba el salario básico que devenga al mes.
NACIONALIDAD: Escriba el país donde nació el trabajador.

DATOS SENSIBLES: Marque con una X SI o NO desea responder la información de Factor Vulnerabilidad, Pertenencia Étnica y Orientación Sexual (Cumplimiento a la circular externa 007 de 2019 expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar).
EMPRESA CON QUIEN LABORA SIMULTANEAMENTE: Si labora con otra empresa adicional escriba el nombre o razón social de la misma, Nit, y salario que devenga.

DATOS DEL CONYUGE O COMAÑERO (A)
¿COMAÑERO (A) PERMANENTE?: Marque con una X si el padre o la madre de los hijos beneficiarios convive SI o NO con el trabajador.
NUMERO IDENTIFICACIÓN: Escriba el número identificación o documento de identidad del cónyuge o compañero(a).
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Escriba el tipo de identificación del cónyuge o compañero (a).
PRIMER APELLIDO: Escriba el primer apellido del cónyuge o compañero(a).
SEGUNDO APELLIDO: Escriba el segundo apellido del cónyuge o compañero(a).
NOMBRES: Escriba los nombres completos del cónyuge o compañero(a).

FECHA DE NACIMIENTO: Escriba la fecha de nacimiento del cónyuge o compañero(a). En Formato DIA, MES Y AÑO
NACIONALIDAD: Escriba el país donde nació el cónyuge o compañero (a).
SEXO: Marque con una X su sexo ya sea genero H (Hombre) , M (Mujer) , I (Indefenido)
DIRECCION DOMICILIO: Escriba la dirección de domicilio del municipio donde vive.
BARRIO: Escriba el nombre del barrio donde vive.
CIUDAD: Escriba el nombre de la ciudad donde vive.
NUMERO TELEFONICO: Registre un número de teléfono donde siempre este disponible para cualquier información.
GRADO ESCOLARIDAD: Marque con una X el nivel educativo alcanzado.
OCUPACION: Marque con una X la ocupación a la que se dedica.
EMPRESA DONDE LABORA: Si es empleado(a) escriba el nombre de la empresa donde labora, Nit y salario de devenga.

DATOS DE LAS PERSONAS A CARGO
PARENTESCO: Marque con una X el tipo de parentesco que tiene el beneficiario que esta afiliando.
IDENTIFICACION: Escriba el número NUIP del registro civil de nacimiento de los hijos y/o hermanos y el número de cédula de los padres, el PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRES, FECHA DE NACIMIENTO Y SEXO según su genero.

PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR PARA EL TRABAJADOR(A)

PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR CONYUGE O EL TRABAJADOR: Este espacio es para COMFIAR no marque ninguno de los campos, si lo marca por error debe cambiar el Formulario de Afiliación.
CENTRO DE PAGO: Marque con una X si desea recibir la cuota monetaria en Centro de Pago o Banco

NOTA: Firmado por el trabajador y el empleador, y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA FILIACION SEGÚN EL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR

IMPORTEANTE: Los documentos de evidencia que se anexan, deben ser legibles, sin enmendaduras y en buen estado

I. SUBSIDIO ORDINARIO

TRABAJADOR SOLTERO

- Formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad

CON CONYUGE SIN HIJOS

- Formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador.
- Copia del documento de identidad del cónyuge.
- Manifestación de estado civil, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo

CON CONYUGE E HIJOS DE LA UNION

- Formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador.
- Copia del documento de identidad del cónyuge.
- Manifestación de estado civil, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo
- Copia de registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco, si es hijo adoptivo se acepta este documento o la sentencia de adopción.
- Copia certificado de escolaridad legible de establecimiento educativo debidamente aprobado , para hijos entre los 12 y los 18 años 11 meses de edad (se debe presentar todos los años en el mes de marzo); estudiantes universitarios lo deberán presentar dos veces al año en marzo y en agosto.
- Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad; no se debe exigir porcentaje de discapacidad.
- Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente.
- Si el trabajador labora medio tiempo, deberá remitirse copia del contrato laboral.
- Copia Custodia legalmente emitida por la entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia, Juzgado de Familia), Para que el subsidio sea cancelado al padre del menor.

CON CONYUGE E HIJASTROS

- Adjuntar requisitos 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9 si aplica; de los documentos exigidos para afiliación **CON CONYUGE E HIJOS DE LA UNION**
- Registro civil de nacimiento de los hijastros.
- Copia del documento de identidad de la madre o padre biológico que no estén recibiendo subsidio familiar.
- Dependencia económica de los hijastros, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo.
- Custodia legalmente emitida por la entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia, Juzgado de Familia)

Nota: En caso de custodia compartida, se recuerda que en virtud de lo establecido en el artículo 56 del Decreto Reglamentario 341 de 1988, la convivencia se da en relación con ambos progenitores; por lo tanto, el pago simultáneo del subsidio se calcula con base en los ingresos de los padres biológicos y se debe exigir certificación laboral de la madre o padre biológicos, según sea el caso, sobre ingresos y certificación si recibe o no subsidio por el mismo hijo.

TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS

- Adjuntar requisitos 1, 2, 6, 7 y 8 si aplica; de los documentos exigidos para afiliación **CON CONYUGE E HIJOS DE LA UNION**
- Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor
- Para que el Subsidio sea cancelado al padre del menor, debe anexar Custodia legalmente emitida por la entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia, Juzgado de Familia)

PADRES MAYORES DE 60 AÑOS O DISCAPACITADOS

- Adjuntar requisitos 1 y 2 si aplica; de los documentos exigidos para afiliación **CON CONYUGE E HIJOS DE LA UNION.**
- Copia del documento de identidad del padre o madre.
- Copia del registro civil de nacimiento del trabajador acreditando parentesco.
- Certificado de EPS donde conste el tipo de Afiliación.
- Manifestación de dependencia económica del padre o madre, firmado por el trabajador, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES

- Adjuntar requisitos 1, 2, 5, 7 y 8 si aplica; de los documentos exigidos para afiliación **CON CONYUGE E HIJOS DE LA UNION.**
- Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo.
- Copia de registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco.
- Registro civil de defunción de los padres: realizar consulta a la Registraduría Nacional del Estado Civil. C58

II. SUBSIDIO ESPECIAL

Se pagará doble cuota monetaria mensualmente, por los hijos, por los hermanos huérfanos de padres y por los padres, sin límite de edad, cuando uno y otros presenten invalidez o incapacidad física o mental, debidamente certificada por el médico especialista de la EPS o IPS a la que se encuentra afiliado(a). Resolución 113 de 2020.

III. SUBSIDIO EXTRAORDINARIO

Por muerte de persona a cargo: Cuando fallece una de las personas a cargo del trabajador, por la cual percibía subsidio familiar, se le pagara una suma equivalente a doce veces la cuota que hubiera recibido como subsidio ordinario por el mes del fallecimiento.

Para obtener este reconocimiento el trabajador deberá presentar el registro civil defunción de la persona fallecida, el plazo de entrega es concordancia al artículo 6 de la Ley 21 de 1982.

Por muerte del trabajador beneficiario: cuando ocurre la muerte de un trabajador afiliado, beneficiario del subsidio familiar, COMFIAR continuará pagando durante doce (12) meses, la cuota del subsidio a la persona que acredite tener la guarda, sostenimiento y cuidado de aquellos por los cuales el fallecido se encontraba recibiendo la prestación. Para obtener este beneficio el empleador debe presentar el registro civil de defunción del trabajador. El plazo de entrega es concordancia al artículo 6 de la Ley 21 de 1982.

IV. SOLIDARIDAD DE LA CIUDAD CON EL CAMPO

Comfiar pagará a los trabajadores de empresas con actividad económica registrada dentro del sector agropecuario un quince por ciento (15%) adicional, sobre la cuota de subsidio familiar recibida por cada una de sus personas a cargo beneficiarias de subsidio. Decreto 1053/2014

TIENEN DERECHO AL SUBSIDIO FAMILIAR...

Los trabajadores cuya remuneración mensual fija o variable no sobrepase el límite de cuatro (4) veces el salario mínimo legal mensual vigente, siempre y cuando laboren al menos 96 horas al mes; que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero (a), no sobrepasen los seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes (Ley 789 DE 2002).

Podrán cobrar simultáneamente el subsidio familiar por los mismos hijos el padre y la madre cuyas remuneraciones sumadas no excedan cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

RECLAMA LA CUOTA MONETARIA...

* **Para los hijos del trabajador:** La mamá de los hijos o quien tenga la custodia legal otorgada por las autoridades competentes ó

Nota: si la mamá o quien tiene la custodia fallece, se debe presentar el Registro de Defunción y una declaración extra proceso que certifique el caso y bajo la responsabilidad de quien quedarán los hijos; y será esa persona quien reclame la cuota monetaria.

* **Para los hermanos huérfanos y padres del trabajador:** El trabajador o a quien este autorice mediante oficio autenticado.