

**FORMULARIO DE AFILIACION O NOVEDADES DE TRABAJADORES**



**NOVEDAD**

Afiliación Nueva   
 Cambio de Empresa   
 Actualización Datos

**TIPO DE AFILIADO**

Dependiente   
 Servicio Doméstico   
 Madre Comunitaria   
 Taxista

<b>CODIGO</b>	FT-GS-01
<b>VERSION</b>	16
<b>FECHA</b>	29 de abril de 2026

¿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.*

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

**DATOS DE LA EMPRESA**

**RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:** \_\_\_\_\_

**NIT:** \_\_\_\_\_ **Dirección de la Empresa:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_

**Departamento:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico de la empresa:** \_\_\_\_\_ **Número telefónico:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TRABAJADOR (A)**

**Tipo de Identificación:**  CC  CE  PPT  TI

**No. Identificación:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Expedición:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_  
 (Marque con una X)

**Lugar Expedición:** \_\_\_\_\_ **Ciudad Nacimiento:** \_\_\_\_\_  H  M  I

**1er Apellido:** \_\_\_\_\_ **2do Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombres:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** (Marque con una X)  UL.  CAS.  SOL.  SEP.  DIV.  VIU.

**Fecha de Ingreso:** \_\_\_\_\_ **Salario Base:** \_\_\_\_\_ **Tipo salario:**  Fijo  Integral  Variable

**Dirección Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Barrio:** \_\_\_\_\_

**Ciudad donde trabaja:** \_\_\_\_\_ **Número Telefónico:** \_\_\_\_\_ **Nacionalidad:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico del trabajador:** \_\_\_\_\_ **Tipo de contrato:** (Marque con una X)  Fijo  Indefinido

**E.P.S. Donde está Afiliado (A):** \_\_\_\_\_ **Cargo a Desempeñar:** \_\_\_\_\_ **Profesión:** \_\_\_\_\_ **Fecha terminación:** \_\_\_\_\_

**Horas Laboradas en el Mes:** (Marque con una X)  120  240

**Sector Agropecuario:** (Marque con una X)  SI  NO

**Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)** (Marque con una X)  Agricultura  Silvicultura  Ganadería  Pesca  Avicultura  Apicultura

**Vivienda:** (Marque con una X)  Propia  Familiar  Arrendada  Hipoteca

**Zona:** (Marque con una X)  Rural  Urbana

**Cap. Trabaj.** (Marque con una X)  Normal  Discapac.

*La respuesta (SI); diligenciar el siguiente campo.*  
*Anexar certificación por parte de la empresa de la Actividad seleccionada.*  
*"120 horas- anexar copia contrato". (Decreto 2616 de 2013).*

**Grado Escolaridad:** (Marque con una X)  Preescolar  Básica Adultos  Secundaria Adultos  Secundaria  Media  Básica Adultos  Secundaria Adultos  Tercera Infancia  Técnico/ Tecnológico  Profesional Universitario  Posgrado / Maestría  Ninguno.  No Disponible

**Labora simultáneamente con otra Empresa**  **Nit:** \_\_\_\_\_ **Salario:** \_\_\_\_\_

**Nombre o Razón Social:** \_\_\_\_\_

**Pertenencia Étnica (Marque con una X)**

**Afrocolombiano**  **Indígena**  **Raizal de Archipiélago de San Andrés**  **se AUTO RECONOCE en ninguno**   
**Comunidad Negra**  **Palenquero**  **ROOM/ GITANO**  **No Disponible**

**Resguardo Indígena:** \_\_\_\_\_ **Pueblo Indígena:** \_\_\_\_\_

**DATOS SENSIBLES RESPONDE**  SI  NO

<b>Factor Vulnerabilidad:</b> (Marque con una X)	<input type="checkbox"/> 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"/> Hijos (as) de madres cabeza de Familia	<input type="checkbox"/> Ejercicio del trabajo sexual	
	<input type="checkbox"/> Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados	<input type="checkbox"/> En condición de Discapacidad	<input type="checkbox"/> No Aplica	

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

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) Autorizo expresamente, de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Arauca – COMFIAR, identificada con NIT 800.219.488-4, entidad que presta diversos servicios tales como subsidios, educación, recreación, deportes, cultura, turismo, créditos, así como servicios de empleo a través de su Agencia de Gestión y Colocación de Empleo y del Fondo de Solidaridad, Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), para que, en desarrollo de sus funciones, proceda a recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos suministrados por mí.

En caso de que COMFIAR requiera recolectar o tratar datos sensibles (como información relacionada con salud, datos biométricos, orientación sexual, origen étnico o cualquier otro definido por la ley como sensible), se informa que su suministro es facultativo, no obligatorio, y que dichos datos serán tratados únicamente cuando resulten necesarios para las finalidades legítimas de COMFIAR, garantizando la confidencialidad y seguridad.

Para el tratamiento de datos personales de niños, niñas, jóvenes y adolescentes, COMFIAR garantiza el respeto de sus derechos prevalentes. Dicho tratamiento se efectuará únicamente cuando responda a su interés superior y cuente con la autorización expresa del padre, madre o acudiente responsable, conforme a la Ley 1581 de 2012 y normas complementarias. Todo el tratamiento de datos personales se realizará conforme a la Política de Protección de Datos Personales de COMFIAR, disponible en [www.comfiar.com.co](http://www.comfiar.com.co)

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

COMFIAR informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones de la Política de Protección de Datos Personales en el enlace [www.comfiar.com.co](http://www.comfiar.com.co), y elevar cualquier solicitud, consulta, queja o reclamo a través de los siguientes canales

- Líneas de servicio al cliente: (607) 885 8000 - Línea gratuita 01-8000-945457
- Correo electrónico: [protecciondatospersonales@comfiar.com.co](mailto:protecciondatospersonales@comfiar.com.co)
- Personalmente en cualquiera de las sedes de COMFIAR.

C) AUTORIZO a la Caja de Compensación Familiar de Arauca – COMFIAR a enviarme información relacionada con programas y servicios, actividades institucionales, campañas, promociones o comunicaciones de carácter comercial o publicitario, así como invitaciones, evaluaciones del servicio y estudios de mercado, a través de mis datos de contacto.

De igual manera, autorizo recibir notificaciones electrónicas de carácter administrativo u oficial por parte de COMFIAR, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1437 de 2011, la Ley 527 de 1999 y la Ley 1581 de 2012, reconociendo la validez jurídica de las comunicaciones enviadas mediante correo electrónico u otros medios digitales.

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR



**PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR**

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

Observaciones:



## FORMULARIO DE AFILIACION 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	RECLAMA LA CUOTA MONETARIA...
<b>NOVEDAD</b>	<b>*Para los hijos del trabajador:</b> La mamá de los hijos o quien tenga la custodia legal otorgada por las autoridades competentes o quien este autorizado mediante oficio autenticado.
<b>Afiliación nueva:</b> Marque con una X si se afilia por primera vez a COMFIAR	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.
<b>Cambio de empresa:</b> Marque con una X si ya esta afiliado a COMFIAR pero paso a laborar con otra empresa o razón social.	<b>*Para los hermanos huérfanos y padres del trabajador:</b> El trabajador o a quien este autorice mediante oficio autenticado.
<b>Actualización datos:</b> Marque con una X si ya esta afiliado a COMFIAR, pero desea actualizar datos como: cambio de dirección, teléfono, cambio de pago del subsidio.	
<b>DATOS DE LA EMPRESA</b>	<b>TRABAJADOR SOLTERO</b>
<b>NIT:</b> Escriba el Nit o número de cédula del empleador	Formulario de afiliación.
<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:</b> Escriba el nombre o razón social de la empresa donde labora.	Copia del documento de identidad
<b>CIUDAD:</b> Escriba la ciudad donde se encuentra radicada la empresa para la que labora el trabajador	<b>II. SUBSIDIO ESPECIAL</b>
<b>DEPARTAMENTO:</b> Escriba el departamento donde se encuentra radicada la empresa para la que labora el trabajador	Se pagará doble cuota monetaria mensualmente, por los hijos, por los hermanos huérfanos de padres y por los padres, sin límite de edad, cuando unos 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.
<b>CIUDAD:</b> Escriba la ciudad o municipio de la empresa	
<b>DIRECCIÓN:</b> Escriba la dirección de domicilio de la empresa	
<b>CORREO ELECTRONICO:</b> Escriba el correo electrónico corporativo de la empresa	
<b>NUMERO TELEFONICO:</b> Escriba el número telefónico corporativo de la empresa	
<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>	<b>III. SUBSIDIO EXTRAORDINARIO</b>
<b>NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:</b> Escriba el número de identificación o documento de identidad del trabajador	<b>Por muerte de persona a cargo:</b> 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.
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN:</b> Escriba el tipo de identificación del trabajador	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.
<b>PRIMER APELLIDO:</b> Escriba el primer apellido del trabajador.	<b>Por muerte del trabajador beneficiario:</b> 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.
<b>SEGUNDO APELLIDO:</b> Escriba el segundo apellido del trabajador.	
<b>NOMBRES:</b> Escriba los nombres completos del trabajador.	
<b>CAPACIDAD DE TRABAJO:</b> Marque con una (X) si eres NORMAL o DISCAPACITADO	<b>IV. SOLIDARIDAD DE LA CIUDAD CON EL CAMPO</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> Escriba la fecha de nacimiento del trabajador.	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
<b>SEXO:</b> Marque con una X su sexo, ya sea genero H (Hombre) , M (Mujer), I (Indefinido)	<b>TIENEN DERECHO AL SUBSIDIO FAMILIAR...</b>
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN:</b> Escriba la fecha de expedición de la cédula	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).
<b>LUGAR DE EXPEDICIÓN:</b> Escriba la ciudad de expedición de la cédula	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.
<b>DIRECCION DOMICILIO:</b> Escriba la dirección de domicilio del municipio donde vive de acuerdo a la ciudad donde labora.	<b>AVISO IMPORTANTE</b>
<b>BARRIO:</b> Escriba el nombre del barrio donde vive de acuerdo a la ciudad donde labora	<b>FIRMA:</b> El Formulario debe ser firmado por el trabajador y el empleador.
<b>CIUDAD:</b> Escriba la ciudad donde vive de acuerdo a la ciudad donde labora.	<b>IMPORTANTE:</b> Los documentos de evidencia que se anexan, deben ser legibles, sin enmendaduras y en buen estado
<b>NUMERO TELEFONICO:</b> Registre un número de teléfono donde siempre este disponible para cualquier información.	<b>IMPORTANTE:</b> Autorización de uso de datos personales favor marcar SI o NO (Campo Obligatorio)
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> Escriba el nombre de correo electrónico.	
<b>ESTADO CIVIL:</b> Marque con una X su estado civil.	
<b>GRADO ESCOLARIDAD:</b> Marque con una X el nivel educativo alcanzado.	
<b>PROFESIÓN:</b> Escriba su profesión de acuerdo al nivel de estudio.	
<b>VIVIENDA PROPIA:</b> Marque con una X si su vivienda es propia o no.	
<b>TIPO DE CONTRATO:</b> Marque con una X si su contrato es a termino fijo o indefinido.	
<b>FECHA DE INGRESO:</b> Indique la fecha de ingreso a la empresa para la que labora.	
<b>FECHA DE TERMINACION:</b> Si su contrato es a termino fijo indique la fecha de terminación del contrato.	
<b>TIPO DE AFILIADO:</b> Marque con una X el tipo afiliado	
<b>SINDICALISTA:</b> Marque con una X si es o no sindicalista.	
<b>HORAS MES LABORADAS:</b> Escriba las horas que trabaja al mes teniendo en cuenta que un día tiene 8 horas laborables.	
<b>E.P.S DONDE ESTA AFILIADO(A):</b> Escriba el nombre de la eps donde se encuentra afiliado.	
<b>CARGO A DESEMPEÑAR:</b> Escriba el cargo u oficio que desempeña en la empresa donde labora.	
<b>SALARIO:</b> Escriba el salario básico que devenga al mes.	
<b>NACIONALIDAD:</b> Escriba el país donde nació el trabajador.	
<b>DATOS SENSIBLES:</b> 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).	
<b>EMPRESA CON QUIEN LABORA SIMULTANEAMENTE:</b> Si labora con otra empresa adicional escriba el nombre o razón social de la misma, Nit, y salario que devenga.	
<b>PPERTENENCIA ÉTNICA:</b> Si pertenece a un grupo Étnico marque una X.	
<b>RESGUARDO INDIGENA:</b> Si pertenece a un resguardo favor menciónelo.	
<b>PUEBLO INDIGENA:</b> Si pertenece a un pueblo indígena favor menciónelo.	