

**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>	14
<b>FECHA</b>	11 de diciembre de 2024

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública?  SI  NO

*\*Favor diligenciar todos los casillos, sin enmendaduras y en letra legible.  
 \*Lea cuidadosamente el instructivo para el diligenciamiento de este formulario.*

*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:** \_\_\_\_\_ **Número telefónico:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TRABAJADOR (A)**

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

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

**Lugar Expedición:** \_\_\_\_\_ **Ciudad Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**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   
*Anexar certificación por parte de la empresa de la Actividad seleccionada*

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

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

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

*"120 horas- anexar copia contrato". (Decreto 2616 de 2013).*

**Grado Escolaridad:** (Marque con una X) Preescolar  Básica Adultos  Técnica/ Tecnológico   
 Básica  Secundaria Adultos  Profesional Universitario   
 Secundaria  Media Adultos  Posgrado / Maestría   
 Media  Primera Infancia  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**  **No se AUTO RECONOCE en ninguno**   
**Comunidad Negra**  **Palenquero**  **ROOM/ GITANO**  **No Disponible**

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

**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"/>
Victima 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 <input type="checkbox"/>

No Disponible



<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) 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 sensibles" para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siento estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, 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.  
 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. SI NO

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

**PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR**

SELLO DE RADICADO

DIGITALIZADO POR

Observaciones: