

**FORMULARIO DE AFILIACION O NOVEDADES DE TRABAJADORES**

Favor diligenciar todas las casillas excepto las sombreadas, sin enmendaduras y en letra legible. (Formato en excel)
 Lea cuidadosamente el instructivo para el diligenciamiento de este formulario. (Preferiblemente diligenciar en computador)

NOVEDAD

- Afiliación nueva Adición grupo familiar
 Cambio de empresa Actualización datos

CODIGO	FT - GS - 01
VERSION	05
FECHA	06-ago-13

DATOS DE LA EMPRESA

1. NIT ó C.C.	2. NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA	3. CIUDAD	4. DEPARTAMENTO
---------------	--	-----------	-----------------

DATOS DEL TRABAJADOR

5. CEDULA	6. PRIMER APELLIDO	7. SEGUNDO APELLIDO	8. NOMBRES	9. Fecha Nacimiento		10. SEXO
11. DIRECCION DOMICILIO		12. BARRIO	13. CIUDAD	14. TELEFONO	15. Correo Electronico	
16. ESTADO CIVIL		17. NIVEL EDUCATIVO		18. VIVIENDA PROPIA		
Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>		
Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>		20. FECHA DE INGRESO		21. FECHA DE TERMINACION		
19. TIPO DE CONTRATO		DIA MES AÑO		DIA MES AÑO		
Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>		23. SINDICALISTA		24. HORAS MES LABORADAS		
Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
25. E.P.S DONDE ESTA AFILIADO(A)		26. CARGO U OFICIO		27. SALARIO		28. Desarrolla funciones:
						En el Sector Agropecuario SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
						De Servicio Doméstico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
29. EMPRESA CON QUIEN LABORA SIMULTANEAMENTE				Nit. Empresa		Salario

30. DATOS DEL CONYUGE	COMPañERO (A) PERMANENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	---

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).

31. CEDULA	32. PRIMER APELLIDO	33. SEGUNDO APELLIDO	34. NOMBRES	35. FECHA DE NACIMIENTO		36. SEXO
37. DIRECCION DOMICILIO		38. BARRIO	39. CIUDAD	40. TELEFONO	41. E - mail	
42. NIVEL EDUCATIVO		43. OCUPACION		44. EMPRESA CON QUIEN LABORA SIMULTANEAMENTE		
Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>		Empleado(a) <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Nit. Empresa Salario		

DATOS DE LAS PERSONAS A CARGO

45. PARENTESCO	46. IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO	SEXO	47. CAP. DE TRAB.		48. RECIBE SUBSIDIO	
							NORMAL	DISCAPACITADO	SI	NO
HIJO					DIA M AÑO	M F				
HIJASTRO										
HIJO ADOPTIVO										
PADRE										

PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR PARA EL TRABAJADOR(A)

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.

49. ENTIDAD BANCARIA:	Davivienda	BBVA	Popular	Bogotá	Bancolombia	Agrario	BCSC	Otro
No. Cuenta:	Tipo de Cuenta:		Ahorros	Corriente	Ciudad:	50. CENTRO DE RECAUDO MUNICIPIO DONDE VIVE		
51. Otro (asignado por COMFIAR)	BANCO:		No. Cuenta:					

PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR PARA EL(LA) CONYUGE O COMPañERO(A)

52. ENTIDAD BANCARIA:	Davivienda	BBVA	Popular	Bogotá	Bancolombia	Agrario	BCSC	Otro
No. Cuenta:	Tipo de Cuenta:		Ahorros	Corriente	Ciudad:	53. CENTRO DE RECAUDO MUNICIPIO DONDE VIVE		
54. Otro (asignado por COMFIAR)	BANCO:		No. Cuenta:					

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.

Firma del Trabajador _____ Firma del Empleador _____

NOTA: Si la afiliación del trabajador es sin núcleo familiar, el formulario puede ser firmado sólo por el Empleador; para actualización de datos y/o afiliación núcleo familiar debe firmar el trabajador.

ESPACIO PARA COMFIAR

EL TRABAJADOR RECIBE SUBSIDIO?	RECIBIDO Y REVISADO POR COMFIAR	SISTEMATIZADO POR
--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Observaciones de la empresa: _____