FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE NÚCLEO FAMILIAR O ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

CÓDIGO	FT-GS-05
VERSIÓN	1
FECHA	25 de abril de 2023

Comfiar
Caja de compensación familiar de Arauca

NOVEDAD

- Adición de Núcleo ☐
- Actualización de Datos Personales ☐

TIPO DE AFILIADO

- Dependiente ☐
- Servicio Doméstico ☐
- Madre Comunitaria ☐
- Taxista ☐

¿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:**	

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación: (Marque con una X) CC | TI | CE | PAS | PEP | PPT **No. Identificación:**

Estado Civil: (Marque con una X) UL. CAS. SOL. SEP. DIV. VIU.	**Fecha de Expedición:**	**Fecha de Nacimiento:**	**Nacionalidad:**
	Lugar Expedición:	**Ciudad Nacimiento:**	**Sexo:** H M I
1er Apellido	**2do Apellido**	**Nombre Completo**	
Numero telefónico:	**Fecha de ingreso a la empresa:**	**Salario Base:**	**Capacidad Trabajo:** Normal Discap.
Dirección Domicilio:	**Barrio:**	**Ciudad donde trabaja:**	**Zona:** Rural Urbano

Correo electrónico personal:

Ejerce labores Sector Agropecuario: (Marque con una X) SI | NO
La respuesta (SI); **Menciónela:**
Se debe Anexar certificación por parte de la empresa de la Actividad que ejerce.

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

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERA (O) PERMANENTE

Tipo de Identificación: (Marque con una X) CC | TI | CE | PAS | PEP | PPT **No. Identificación:**

Cónyuge o Compañera (o) Permanente: SI NO	**Ciudad Nacimiento:**	**Fecha de Nacimiento:**	**Ocupación:**	**Sexo:** H M I
1er Apellido		**2do Apellido**	**Nombre Completo**	
Dirección Domicilio:		**Barrio:**	**Ciudad o Municipio donde vive:**	
Correo Electrónico personal:		**Numero Telefónico:**	**Capacidad Trabajo:** Normal Discap.	

Grado Escolaridad: (Marque con una X)

Preescolar ☐	Básica Adultos ☐	Técnico/ Tecnológico ☐	
Básica ☐	Secundaria Adultos ☐	Profesional Universitario ☐	No Disponible ☐
Secundaria ☐	Media Adultos ☐	Posgrado / Maestría ☐	
Media ☐	Primera Infancia ☐	Ninguno. ☐	

Recibe Subsidio En Otra Caja: (Marca con una X) SI NO	**Empresa donde labora:**	**Nit.**	***Nota:*** *Si estas afiliado a otra Caja de Compensación Familiar, favor anexar certificación laboral.*
		Salario:	

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).

DATOS DE LAS PERSONAS A CARGO

Información Beneficiario 1.

Tipo de Identificación: (Marque con una X) CC | TI | CE | PAS | PEP | PPT **No. Identificación:**

Nombre Completo: **Ciudad Nacimiento:** **Fecha de Nacimiento:**

Sexo: H | M | I

Discapacidad: SI | NO

Parentesco: Hijo (a) | Padres | Hermano (a) | Hijastro (a) | Custodia

Nivel Educativo: Primaria | Secundaria | Universidad | No estudia

Institución Educativa:

Presenta Certificado Escolaridad: SI | NO

Nota: Beneficiario mayor de 12 años debe presentar certificado escolaridad Ley 789/2002.

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:**

Información Beneficiario 2.

Tipo de Identificación: (Marque con una X) CC | TI | CE | PAS | PEP | PPT **No. Identificación:**

Nombre Completo: **Ciudad Nacimiento:** **Fecha de Nacimiento:**

Sexo: H | M | I

Discapacidad: SI | NO

Parentesco: Hijo (a) | Padres | Hermano (a) | Hijastro (a) | Custodia

Nivel Educativo: Primaria | Secundaria | Universidad | No estudia

Institución Educativa:

Presenta Certificado Escolaridad: SI | NO

Nota: Beneficiario mayor de 12 años debe presentar certificado escolaridad Ley 789/2002.

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:**

Información Beneficiario 3.

Tipo de Identificación: (Marque con una X) CC | TI | CE | PAS | PEP | PPT **No. Identificación:**

Nombre Completo: **Ciudad Nacimiento:** **Fecha de Nacimiento:**

Sexo: H | M | I

Discapacidad: SI | NO

Parentesco: Hijo (a) | Padres | Hermano (a) | Hijastro (a) | Custodia

Nivel Educativo: Primaria | Secundaria | Universidad | No estudia

Institución Educativa:

Presenta Certificado Escolaridad: SI | NO

Nota: Beneficiario mayor de 12 años debe presentar certificado escolaridad Ley 789/2002

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:**

Información Beneficiario 4.

Tipo de Identificación: (Marque con una X) CC | TI | CE | PAS | PEP | PPT **No. Identificación:**

Nombre Completo: **Ciudad Nacimiento:** **Fecha de Nacimiento:**

Sexo: H | M | I

Discapacidad: SI | NO

Parentesco: Hijo (a) | Padres | Hermano (a) | Hijastro (a) | Custodia

Nivel Educativo: Primaria | Secundaria | Universidad | No estudia

Institución Educativa:

Presenta Certificado Escolaridad: SI | NO

Nota: Beneficiario mayor de 12 años debe presentar certificado escolaridad Ley 789/2002

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:**

Información Beneficiario 5.

Tipo de Identificación: (Marque con una X) CC | TI | CE | PAS | PEP | PPT **No. Identificación:**

Nombre Completo: **Ciudad Nacimiento:** **Fecha de Nacimiento:**

Sexo: H | M | I

Discapacidad: SI | NO

Parentesco: Hijo (a) | Padres | Hermano (a) | Hijastro (a) | Custodia

Nivel Educativo: Primaria | Secundaria | Universidad | No estudia

Institución Educativa:

Presenta Certificado Escolaridad: SI | NO

Nota: Beneficiario mayor de 12 años debe presentar certificado escolaridad Ley 789/2002

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:**

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

Seleccione una de las siguientes medios de pagos donde desee que se le consigne la cuota monetaria. (si es cuenta bancaria, anexar certificación.)

Centro de Pago Contratado por COMFIAR ☐ **Entidad Bancaria** ☐

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 explicita, 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, articulo 43 del Decreto 229 de 1995 y el articulo 10 del Decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985.

SI | NO

VIGILADO SuperSubsidio

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

Adición grupo familiar: Marque con una X si ya esta afiliado a COMFIAR pero desea afiliar o adicionar a alguna(s) persona(s) de su

Actualización de datos personales: Marque con una si ya esta afiliado a COMFIAR, pero desea actualizar datos como: cambio de dirección, teléfono, cambio de pago del subsidio…

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA: Escriba el nombre o razón social de la empresa donde labora.

NIT.: Escriba el Nit o número de cédula del empleador

DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: Escriba el número de identificación o documento de identidad del trabajador

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Marque con una (X) el tipo identificación

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.

CIUDAD NACIMIENTO: Escriba la ciudad donde nació.

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 DONDE TRABAJA: 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 PERSONAL: Escriba el correo electrónico personal del trabajador.

ESTADO CIVIL: Marque con una X su estado civil.

SEXO: Marque con una X su sexo, ya sea genero H (Hombre) , M (Mujer). I (Indefinido)

VIVIENDA PROPIA: Marque con una X si su vivienda es propia o no.

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: Indique la fecha de ingreso a la empresa para la que labora.

TIPO DE AFILIADO: Marque con una X el tipo afiliado

SALARIO: Escriba el salario básico que devenga al mes.

NACIONALIDAD: Escriba el país donde nació el trabajador.

CAPACIDAD DE TRABAJO: Marque con una (X) si eres una persona NORMAL o DISCAPACITADO

Sector Agropecuario: Marque con una (X) SI o NO ; la respuesta (SI); Menciónela:
Se debe Anexar certificación por parte de la empresa de la Actividad que ejerce.

DATOS DEL CONYUGE O COMAÑERO (A)

¿COMPAÑERO (A) PERMANENTE?: Marque con una X si el padre o la medre 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: Marque con una (X) el tipo identificación de la 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

CIUDAD NACIMIENTO: Escriba la ciudad nacimiento del cónyuge o compañero(a).

SEXO: Marque con una X su sexo ya sea genero H (Hombre) , M (Mujer) , I (Indefinido)

DIRECCION DOMICILIO: Escriba la dirección de domicilio del municipio donde vive.

BARRIO: Escriba el nombre del barrio donde vive.

CIUDAD O MUNICIPIO DONDE VIVE: Escriba el nombre de la ciudad donde vive actualmente la cónyuge o compañero(a).

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.

CAPACIDAD DE TRABAJO: Marque con una (X) si eres NORMAL o DISCAPACITADO

RECIBE SUBSIDIO EN OTRA CAJA: Marque con una (X) SI o NO; Si estas afiliado a otra Caja de Compensación Familiar, favor anexar certificación laboral.

DATOS DE LAS PERSONAS A CARGO

TIPO IDENTIFICACIÓN: Marque con una (X) el tipo identificación del beneficiario (a).
NUMERO IDENTIFICACIÓN: Escriba el numero identificación del beneficiario (a).
NOMBRE COMPLETO: Escriba el nombre completo del beneficiario (a).
CIUDAD NACIMIENTO: Escriba la ciudad de nacimiento del beneficiario (a).
FECHA DE NACIMIENTO: Escriba la fecha de nacimiento del del beneficiario (a).
SEXO: Marque con una X su sexo ya sea genero H (Hombre) , M (Mujer) , I (Indefinido)
DISCPACIDAD: Marque con una (X) SI o NO la condición del beneficiario (a).
PARENTESCO: Marque con una (X) el tipo beneficiario (a) que va a afiliar a COMFIAR.
NIVEL EDUCATIVO: Marque con una (X) el nivel educativo del beneficiario (a).
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Escriba el colegio y/o universidad que se encuentra estudiando el beneficiario (a).
PRESENTA CERTIFICADO ESCOLARIDAD: Marque con una (X) SI o NO
PERTENENCIA ÉTNICA: Si pertenece a un grupo Étnico marque una X.
RESGUARDO INDÍGENA: Si pertenece a un resguardo favor menciónelo.
PUEBLO INDÍGENA: Si pertenece a un pueblo indígena favor menciónelo.

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 Entidad Bancaria.

FIRMA: El formulario debe ser firmado por el trabajador (a).

SELLO RADICADO: Este espacio es para COMFIAR, para pegar el sticker de radicación como soporte de recibido; aplica cuando el tramite es personal y si es virtual se le informa el numero de radicado.

OBSERVACIONES: Este espacio es para COMFIAR, donde se deja la observación de un documento faltante, o el motivo de no afiliación de un beneficiario (a) entre otros.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA FILIACION SEGÚN EL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR

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

I. SUBSIDIO ORDINARIO

TRABAJADOR SOLTERO

1. Formulario de afiliación.
2. Copia del documento de identidad

CON CONYUGE SIN HIJOS

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

CON CONYUGE E HIJOS DE LA UNION

1. Formulario de afiliación.
2. Copia del documento de identidad del trabajador.
3. Copia del documento de identidad del cónyuge.
4. Manifestación de estado civil, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo
5. 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.
6. 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.
7. Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad: no se debe exigir porcentaje de discapacidad.
8. Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente.
9. Si el trabajador labora medio tiempo, deberá remitirse copia del contrato laboral.
10. Copia Custodia legalmente emitida por la entidad competente (I.C.B.F., Comisaria de Familia, Juzgado de Familia), Para que el subsidio sea cancelado al padre del menor.

CON CONYUGE E HIJASTROS

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

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

PADRES MAYORES DE 60 AÑOS O DISCAPACITADOS

1. Adjuntar requisitos 1 y 2 si aplica; de los documentos exigidos para afiliación **CON CONYUGE E HIJOS DE LA UNION.**
2. Copia del documento de identidad del padre o madre.
3. Copia del registro civil de nacimiento del trabajador acreditando parentesco.
4. Certificado de EPS donde conste el tipo de Afiliación.
5. 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

1. Adjuntar requisitos 1, 2, 5, 7 y 8 si aplica; de los documentos exigidos para afiliación **CON CONYUGE E HIJOS DE LA UNION.**
2. 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.
3. Copia de registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco.
4. 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 limite 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.

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 articulo 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 la registro civil de defunción del trabajador. El plazo de entrega es concordancia al articulo 6 de la Ley 21 de 1982.

IV. TIENEN DERECHO AL SUBSIDIO FAMILIAR

Los trabajadores cuya remuneración mensual fija o variable no sobrepase el limite 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.

V. 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

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 o

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 quedaran 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.