



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA COMFENALCO  
 NIT. 890.700.148-4  
**FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR TRABAJADORES DEPENDIENTES**  
 RECUERDE DILIGENCIAR LA TOTALIDAD DE CAMPOS DEL FORMULARIO  
 TRABAJADOR NUEVO  REACTIVACIÓN  ADICIÓN BENEFICIARIOS

Código: FO-SUB  
 Fecha: Marzo 2024  
 Versión: 14  
 S.G.C.

**INFORMACIÓN TRABAJADOR**

1. Tipo documento identidad: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> _____					
2. No. documento identidad:	3. Lugar de expedición:	4. Fecha de expedición (dd/mm/aaaa):	5. Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro: _____	6. Orientación sexual: Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Otro: _____	
7. Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:		Segundo nombre:	
8. Contacto telefónico:	9. Discapacidad: <input type="checkbox"/> Tipo: _____	10. Correo electrónico:		11. Tipo de vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>	
12. Dirección residencia:	13. Barrio:	14. Municipio:	15. Departamento:	16. Sector: Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
17. Lugar de nacimiento:	18. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	19. Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>			
20. Nivel escolaridad: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otros: _____		21. Pasatiempos:		22. Deportes que prefiere:	

**INFORMACIÓN SECUNDARIA (Datos solicitados por disposición Superintendencia de Subsidio Familiar)**

23. Ocupación: Técnico <input type="checkbox"/> Empleado oficina <input type="checkbox"/> Operario <input type="checkbox"/> Servicios y vendedores <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál: _____		24. Pertenencia étnica: Comunicad negra <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Resguardo <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Otros: _____			
25. Condición de vulnerabilidad: Desplazado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Desmovilizado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál: _____					

**INFORMACIÓN DE LA EMPRESA**

26. Tipo y No. Documento Empresa:	27. Razón Social:	28. Dirección Empresa:		29. Municipio Empresa:	
		30. Correo electrónico Talento Humano:			
31. Teléfono contacto Empresa:	32. Salario Trabajador: Fijo <input type="checkbox"/> \$ _____ Variable <input type="checkbox"/>	33. Tipo Contrato: Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>	34. Fecha ingreso a la empresa (dd/mm/aaaa):	35. Cargo:	36. No. horas laboradas/mes:
37. Aplica Ley de Veteranos: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		38. Página web:			

**INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE**

39. Tipo documento identidad: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> _____					
40. No. documento identidad:	41. Lugar de expedición:	42. Fecha de expedición (dd/mm/aaaa):	43. Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro: _____		
44. Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:		Segundo nombre:	
45. No. Celular:	46. Discapacidad: <input type="checkbox"/> Tipo: _____	47. Correo electrónico:		48. Cónyuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Compañero(a) <input type="checkbox"/> Ley 2225 de 2022	
49. Trabaja: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	50. Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aaaa):	51. Recibe Subsidio por parte de otra Caja de Compensación: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuál: _____			

**52. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR**

Tipo	No. Documento Identidad	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha nacimiento (d/m/aa)	Discapacidad Sí NO	Parentesco (Hijo, Hijastro, Madre, Padre, Hermano, Dependiente por custodia)

Observaciones Comfenalco Tolima:

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí suministrada es verídica y ha sido revisada por la empresa y trabajador, autorizo a COMFENALCO TOLIMA para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por Ley, así como autorizo que se realicen los cruces correspondientes con otras Cajas para verificación de la información y pago de subsidio, me comprometo a dar cumplimiento al artículo 37 de la ley 21 de 1982 en lo que respecta a reportar a Comfenalco cualquier hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio monetario.

**IMPORTANTE: PARA CULMINAR EL PROCESO DE AFILIACIÓN POR FAVOR DILIGENCIAR AL RESPALDO DE ESTE FORMULARIO:**

- TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
- EN CASO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA

AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Sí

Firma autorizada EMPLEADOR	Firma y CC TRABAJADOR	Firma y sello COMFENALCO TOLIMA
----------------------------	-----------------------	---------------------------------

  	<h2 style="margin: 0;">DECLARACIÓN JURAMENTADA</h2>		Fecha de Solicitud			
			Año:	Mes:	Día:	Ciudad/Municipio:
Yo _____ Identificado(a):    CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Número: _____						
<b>MOTIVO DE LA DECLARACIÓN</b>						
Marque con una X el motivo de la declaración: 1. Convivencia y dependencia económica <input type="checkbox"/> 2. Unión marital de hecho / Unión libre <input type="checkbox"/> 3. Padres o hermanos huérfanos de padres <input type="checkbox"/> 4. Otros <input type="checkbox"/>						
Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.						
<b>1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA</b>						
A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a).						
<b>Nombre completo del beneficiario</b>	<b>Documento de identificación</b>		<b>Parentesco</b>	<b>Teléfono de contacto del beneficiario</b>	<b>Correo electrónico del beneficiario</b>	
	CC	Número				
<b>2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)</b>						
A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañero(a) permanente.						
Declaro que el(la) Señor(a): _____ Identificado(a) con el tipo de documento: _____ Número: _____ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace: _____ años _____ meses.						
Además el(la) Señor(a) actualmente se desempeña como: Dependiente: _____ Independiente: _____ Pensionado(a): _____ Estudiante: _____ No labora: _____						
<b>3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)</b>						
A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a)(s) huérfano(a)(s) de padres relacionado(a)(s) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a)(s) a otra Caja de Compensación Familiar, y me comprometo a dar cumplimiento al artículo 37 de la ley 21 de 1982 en lo que respecta a reportar a Comfenalco cualquier hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio monetario (nacimientos, muertes, termino de convivencia, pensión, etc) dentro del mes en que cualquiera de dichos eventos ocurra.						
<b>Nombre completo del beneficiario</b>	<b>Documento de identificación</b>		<b>Parentesco</b>	<b>Teléfono de contacto del beneficiario</b>	<b>Correo electrónico del beneficiario</b>	
	CC	Número				
<b>4. OTROS</b>						
Declaro que desconozco la ubicación del(la) Señor(a): _____ Identifico con: _____ Padre/madre biológico(a) del menor: _____ Identifico con: _____ por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral.						
NOTA: La fecha de diligenciamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta (30) días y deberá ser firmada por el(la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las Cajas de Compensación Familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas, en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso, de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la(s) persona(s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.						
Autorizo el tratamiento de datos personales de acuerdo a la política de Comfenalco Tolima:    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
<b>Firma del declarante:</b>   Documento identidad:			<b>Observaciones:</b>   			



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA COMFENALCO  
 NIT. 890.700.148-4  
**FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR TRABAJADORES DEPENDIENTES**  
 RECUERDE DILIGENCIAR LA TOTALIDAD DE CAMPOS DEL FORMULARIO  
 TRABAJADOR NUEVO  REACTIVACIÓN  ADICIÓN BENEFICIARIOS

Código: FO-SUB  
 Fecha: Marzo 2024  
 Versión: 14  
 S.G.C.

**INFORMACIÓN TRABAJADOR**

1. Tipo documento identidad: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>					
2. No. documento identidad:	3. Lugar de expedición:	4. Fecha de expedición (dd/mm/aaaa):	5. Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro: _____	6. Orientación sexual: Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Otro: _____	
7. Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:		
8. Contacto telefónico:	9. Discapacidad: <input type="checkbox"/> Tipo: _____	10. Correo electrónico:	11. Tipo de vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>		
12. Dirección residencia:	13. Barrio:	14. Municipio:	15. Departamento:	16. Sector: Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
17. Lugar de nacimiento:	18. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	19. Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>			
20. Nivel escolaridad: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otros: _____		21. Pasatiempos:		22. Deportes que prefiere:	

**INFORMACIÓN SECUNDARIA (Datos solicitados por disposición Superintendencia de Subsidio Familiar)**

23. Ocupación: Técnico <input type="checkbox"/> Empleado oficina <input type="checkbox"/> Operario <input type="checkbox"/> Servicios y vendedores <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál: _____		24. Pertenencia étnica: Comunicad negra <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Resguardo <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Otros: _____			
25. Condición de vulnerabilidad: Desplazado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Desmovilizado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál: _____					

**INFORMACIÓN EMPRESA**

26. Tipo y No. Documento Empresa:	27. Razón Social:	28. Dirección Empresa:		29. Municipio Empresa:	
		30. Correo electrónico Talento Humano:			
31. Teléfono contacto Empresa:	32. Salario Trabajador: Fijo <input type="checkbox"/> \$ _____ Variable <input type="checkbox"/>	33. Tipo Contrato: Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>	34. Fecha ingreso a la empresa (dd/mm/aaaa):	35. Cargo:	36. No. horas laboradas/mes:
37. Aplica Ley de Veteranos: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		38. Página web: _____			

**INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE**

39. Tipo documento identidad: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> _____					
40. No. documento identidad:	41. Lugar de expedición:	42. Fecha de expedición (dd/mm/aaaa):	43. Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro: _____		
44. Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:		
45. No. Celular:	46. Discapacidad: <input type="checkbox"/> Tipo: _____	47. Correo electrónico:	48. Cónyuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Compañero(a) <input type="checkbox"/> Ley 2225 de 2022		
49. Trabaja: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	50. Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aaaa):	51. Recibe Subsidio por parte de otra Caja de Compensación: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuál: _____			

**52. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR**

Tipo	No. Documento Identidad	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha nacimiento (d/m/aa)	Discapacidad Sí NO	Parentesco (Hijo, Hijastrro, Madre, Padre, Hermano, Dependiente por custodia)

Observaciones Comfenalco Tolima:

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí suministrada es verídica y ha sido revisada por la empresa y trabajador, autorizo a COMFENALCO TOLIMA para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por Ley, así como autorizo que se realicen los cruces correspondientes con otras Cajas para verificación de la información y pago de subsidio, me comprometo a dar cumplimiento al artículo 37 de la ley 21 de 1982 en lo que respecta a reportar a Comfenalco cualquier hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio monetario.

**IMPORTANTE: PARA CULMINAR EL PROCESO DE AFILIACIÓN POR FAVOR DILIGENCIAR AL RESPALDO DE ESTE FORMULARIO:**  
 1. TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES  
 2. EN CASO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA  
 AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Sí

Firma autorizada EMPLEADOR	Firma y CC TRABAJADOR	Firma y sello COMFENALCO TOLIMA
----------------------------	-----------------------	---------------------------------



## REQUISITOS Y SOPORTES PARA LA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SUS BENEFICIARIOS AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR

Normatividad: Ley 21 de 1982- Ley 789 de 2002- Circular Única de la SSF

<b>Trabajador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fotocopia legible y ampliada del documento de identidad del trabajador.</li> <li><b>Nota:</b> El trabajador vinculado como veterano de la fuerza pública (Resolución 1881 de 2021) deberá aportar el certificado expedido por el Ministerio de Defensa que lo acredite como tal.</li> </ul>
<b>Beneficiarios hijos a cargo del trabajador (hombre) con custodia legal de los menores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copia legible de la custodia del menor expedida por el ICBF, juzgado de familia, comisaria de familia, o autoridad competente.</li> <li>En caso de fallecimiento de la madre, presentar registro civil de defunción.</li> <li>Documentos de los menores según cada caso (Tarjetas de identidad /registro civil )</li> </ul>
<b>Cónyuge o compañero (a) permanente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fotocopia legible y ampliada del documento de identidad.</li> <li><b>Casados:</b> Original o copia legible del registro civil de matrimonio.</li> <li><b>Unión Libre:</b> Declaración juramentada de unión marital de hecho. (Diligenciar al respaldo del formulario el numeral 2 del formato declaración juramentada)</li> <li><b>Nota:</b> Acatando lo que orienta el artículo 26 de la ley 21, se solicitará la copia de la cedula de la madre de los menores, teniendo en cuenta que así no conviva con el trabajador el subsidio monetario se pagará a las madres (a menos que el trabajador (hombre) tenga la custodia de los hijos o que demuestre el fallecimiento de la madre.</li> </ul>
<b>Conyuge Cuidador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diligenciar el formato de declaración juramentada el cual debe estar autenticado ante notaría.</li> <li><b>Nota:</b> El formato lo puede descargar de la página web: <a href="http://www.comfenalco.com.co">www.comfenalco.com.co</a></li> </ul>
<b>Hijos</b> (Hasta los 18 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro civil de nacimiento (para validar parentesco con los padres)</li> <li>Tarjeta de identidad (para mayores de 7 años)</li> <li>Certificado escolar (a partir de los 12 años de edad)</li> <li><b>Notas:</b> Es responsabilidad del trabajador:</li> <li>Actualizar el documento de identificación del menor cuando pasa de RC a TI o CC.</li> <li>Actualizar el soporte de escolaridad de manera anual de sus hijos mayores de 12 años, en el caso de estudiantes universitarios o técnicos, el soporte debe actualizarse semestralmente.</li> </ul>
<b>Hijastros</b> (Hasta los 18 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Custodia expedida por el ICBF a cargo del conyuge o compañero permanente que aporta el menor al hogar.</li> <li>Registro civil de nacimiento (para validar parentesco con los padres)</li> <li>Tarjeta de identidad (para mayores de 7 años)</li> <li>Certificado escolar (a partir de los 12 años de edad)</li> <li><b>Notas:</b> Es responsabilidad del trabajador:</li> <li>Actualizar el documento de identificación del menor cuando pasa de RC a TI o CC.</li> <li>Actualizar el soporte de escolaridad de manera anual de sus hijos mayores de 12 años, en el caso de estudiantes universitarios o técnicos, el soporte debe actualizarse semestralmente.</li> <li>En caso de disolución conyugal, reportar para la desvinculación del hijastro por cuanto no procede el pago de subsidio monetario en caso de aplicar a este.</li> </ul>
<b>Hermanos</b> (Huerfanos de padres, hasta los 18 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro civil de nacimiento del trabajador y de su hermano (a) para validar parentesco con los padres.</li> <li>Registro civil de defunción de los padres.</li> <li>Fotocopia legible y ampliada del documento de identidad del hermano (a)</li> <li>Declaración juramentada de dependencia económica. (Diligenciar al respaldo del formulario el numeral 1 del formato declaración juramentada)</li> <li>Certificado escolar (a partir de los 12 años de edad)</li> <li><b>Notas:</b> Es responsabilidad del trabajador:</li> <li>Actualizar el documento de identificación del menor cuando pasa de RC a TI o CC.</li> <li>Actualizar el soporte de escolaridad de manera anual de sus hijos mayores de 12 años, en el caso de estudiantes universitarios o técnicos, el soporte debe actualizarse semestralmente.</li> </ul>
<b>Padre o Madre</b> (Mayores de 60 años que dependan económicamente del trabajador y no reciban ningún ingreso)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fotocopia legible y ampliada del documento de identidad del padre o madre.</li> <li>Registro civil de nacimiento del trabajador para validar parentesco con los padres</li> <li>Declaración juramentada de dependencia económica. (Diligenciar al respaldo del formulario el numeral 1 del formato declaración juramentada)</li> <li><b>Nota:</b> Es responsabilidad del trabajador:</li> <li>Dar cumplimiento al artículo 37 de la ley 21 de 1982 en lo que respecta a reportar a la Caja cualquier novedad que impacte en el pago de cuota monetaria, como lo es fallecimiento, pensión de los padres, etc. De lo contrario en caso de estar recibiendo cuota monetaria sin tener el derecho a esta por haber perdido el beneficio, al tratarse de recursos parafiscales, la Caja solicitará el reintegro de estos.</li> </ul>
<b>Beneficiarios en condición de discapacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adicional a los soportes requeridos por los diferentes tipos de beneficiarios (hijos, hijastros, padres o hermanos) en caso de que alguno de estos cuente con alguna condición de discapacidad, la Caja solicitará el <b>soporte válido</b> emitido por EPS o ministerio de salud en donde se acredite el tipo de discapacidad padecida.</li> <li><b>Nota:</b> No aplica soportes de médicos particulares ni incapacidades médicas.</li> </ul>
<p>Recuerde que el derecho a la cuota monetaria correspondiente a un mes determinado, caduca al vencimiento del mes subsiguiente, en relación con los trabajadores beneficiarios que no hayan aportado las pruebas del caso, cuando el respectivo empleador haya pagado oportunamente los aportes de ley (Artículo 6- Ley 21 de 1982)</p>	