



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA
COMFENALCO
NIT. 890.700.148-4

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
TRABAJADORES DEPENDIENTES**

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE
ENCUENTRAN AL RESPALDO DE LA COPIA

TRABAJADOR NUEVO REACTIVACIÓN ADICIÓN BENEFICIARIOS

Fecha: Enero 2018
Versión: 10
S.G.C.

INFORMACIÓN TRABAJADOR

| | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|--|
| 1. Tipo y No. documento de Identidad CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> | | 2. Lugar Expedición: | 3. Fecha Expedición (d/m/aa): | 4. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| 5. Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | |
| 6. Teléfono: | 7 Celular: | 8. Correo Electrónico: | 9. Tipo Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> | |
| 10. Dirección Residencia | 11. Barrio | 12. Municipio | 13. Departamento | 14. Sector Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> |
| 15. Lugar de nacimiento | 16. Fecha de nacimiento (d/m/aa) | 17. Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> | | |
| 18. Nivel Escolaridad: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otros _____ | | 19. Pasatiempos: | 20. Deportes que prefiere: | |

INFORMACIÓN EMPRESA

| | | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|
| 21. Tipo y No. Documento Empresa | 22. Razón Social | 23. Dirección Empresa | | 24. Municipio Empresa |
| 25 Teléfono Contacto Empresa | 26. Salario Trabajador \$ <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/> | 27. Tipo Contrato | 28. Fecha de Ingreso a la Empresa (d/m/aa) | 29. Cargo |
| 30. No. Horas Laboradas / Mes | | | | |

INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| 31. Tipo y No. documento Identidad: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> | | 32. Lugar Expedición | 33. Fecha Expedición (d/m/aa) | 34. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| 35. Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | |
| 36 Teléfono | 37. Celular | 38. Correo Electrónico | 39. Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero(a) <input type="checkbox"/> | |
| 40. Trabaja SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 41. Fecha Ingreso a la Empresa (d/m/aa) | 42. Recibe Subsidio SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 43. Si recibe Subsidio por cuál Caja | |

44. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

| Tipo y No. Documento Identidad | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Sexo | Fecha Nacimiento (d/m/aa) | Parentesco (Hijo, Hijastró, Madre, Padre, Hermano, Autorizado con Custodia) |
|--------------------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|------|---------------------------|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECUERDE QUE AÚN SI LA MADRE DE LOS BENEFICIARIOS NO HACE PARTE DE SU GRUPO FAMILIAR, ELLA SERÁ LA AUTORIZADA PARA EL COBRO DE SUBSIDIO. MOTIVO POR EL CUAL PARA AFILIAR ESTOS BENEFICIARIOS DEBERÁ APORTAR COPIA DE LA CÉDULA DE LA MADRE DEL (DE LOS) MENOR(ES) AUTORIZADA: _____ C.C. _____ BENEFICIARIOS _____

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.

Declaro que soy responsable de la actualización de documentos de identidad y certificaciones de mis beneficiarios de subsidio familiar (Tarjeta de identidad, certificaciones escolares). Autorizo el tratamiento de mis datos personales con fines comerciales, envío de información de otros servicios producto de alianzas, conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data" y Decreto 1377 de 2013 "Protección de Datos"

SI NO

Firma autorizada EMPLEADOR

Firma y CC TRABAJADOR

Firma y Sello COMFENALCO TOLIMA



MinTrabajo
República de Colombia

DECLARACIÓN JURAMENTADA

CÓDIGO:

VERSIÓN: 1 - abr - 2012

En la ciudad de _____ Dpto. de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____

Yo, _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____

Número _____ de _____ manifiesto libre y voluntariamente que:

1. La (s) persona (s) relacionada(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica:

| Nombres y Apellidos Completos | Tipo y No. del documento de Identificación | Parentesco |
|-------------------------------|--|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2. Declaro que el señor(a) _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____

número _____ de _____ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace _____ años.

3. Declaro que mi(s) padre madre(s), 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

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

Firma del declarante

Documento de identidad: _____

De _____

Espacio reservado para la Caja de Compensación Familiar

**REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES
Y SUS BENEFICIARIOS AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN**

| | |
|---|--|
| Trabajador | <ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del documento de identidad del trabajador legible y ampliado al 150% |
| Trabajador (Hombre) con Hijos a cargo o Padre de los hijos beneficiarios que no conviven con la trabajadora | <ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del documento de identidad legible y ampliado al 150%. Copia legible de la custodia del menor expedida por el ICBF, Juzgado de Familia, Comisaría de Familia, Casa de Autoridad competente. En caso de la madre fallecida copia del Registro Civil, Certificado de Defunción o estado de cancelada por muerte generado por la página Web de la Registraduría. Documentos solicitados para hijos |
| Cónyuge o compañero(a) permanente | <ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente legible y ampliado al 150%. Casados: original o copia legible del registro civil de matrimonio. Unión Libre: declaración juramentada de unión marital de hecho (diligenciar al respaldo del formulario). |
| Madre de los hijos beneficiarios que no conviven con el trabajador | <ul style="list-style-type: none"> Dos fotocopias del documento de identidad legible y ampliado al 150% Documentos solicitados para hijos |
| Hijos de 0 a 18 años | <p>Hijos de 0 a 6 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Original o copia legible del registro civil de nacimiento en donde figure el nombre de los padres <p>NOTA: CUANDO EL BENEFICIARIO CUMPLA LOS 7 AÑOS DE EDAD ES RESPONSABILIDAD DEL TRABAJADOR FOTOCOPIA DE LA TARJETA DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%</p> <p>Hijos de 7 a 18 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Original o copia legible del registro civil de nacimiento en donde figure el nombre de los padres Fotocopia legible y ampliada al 150% de la Tarjeta de Identidad o Cédula de Ciudadanía según sea el caso <p>Mayores de 12 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Adicional a los requisitos anteriores: Constancia de escolaridad original o copia simple sin tachones ni enmendaduras <p>NOTA: Este documento debe renovarse anualmente antes del 10 de marzo. Para estudiantes Universitarios o Técnicos estudien por semestre, debe renovarse antes del 10 de marzo y 10 de septiembre.</p> |
| Hijastros de 0 a 18 años | <p>Hijastros de 0 a 6 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Original o copia legible del registro civil de nacimiento en donde figure el nombre de los padres Declaración juramentada de dependencia económica de hijastros (diligenciar al respaldo del formulario de afiliación) <p>NOTA: CUANDO EL BENEFICIARIO CUMPLA LOS 7 AÑOS DE EDAD ES RESPONSABILIDAD DEL TRABAJADOR FOTOCOPIA DE LA TARJETA DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%</p> <p>Hijastros de 7 a 18 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Original o copia legible del registro civil de nacimiento en donde figure el nombre de los padres Declaración juramentada de dependencia económica (diligenciar al respaldo del formulario de afiliación) Fotocopia legible y ampliada al 150% de la Tarjeta de Identidad o Cédula de Ciudadanía según sea el caso. <p>Mayores de 12 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Adicional a los requisitos anteriores, Constancia de escolaridad original. <p>NOTA: Este documento debe renovarse anualmente antes del 10 de marzo. Para estudiantes Universitarios o Técnicos estudien por semestre, debe renovarse antes del 10 de marzo 10 de septiembre. PARA TODOS LOS CASOS: CUSTODIA expedida por el ICBF, Comisarías de Familia, Juzgados de Familia o en municipios haya ausencia de estas Entidades: Alcaldías e Inspecciones de Policía</p> |
| Hermanos Huérfanos de padre y madre de 0 a 18 años | <p>Hermanos de 0 a 6 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Original o copia legible del registro civil de nacimiento del trabajador en donde figure el nombre de los padres Original o copia legible del registro civil de nacimiento del hermano en donde figure el nombre de los padres Copia del Registro Civil de Defunción, certificado de defunción o estado de cancelada por muerte de la cédula, generado página Web de la Registraduría de los padres (Padre y Madre) Declaración juramentada de dependencia económica de hermanos al respaldo del formulario de afiliación. <p>NOTA: CUANDO EL BENEFICIARIO CUMPLA LOS 7 AÑOS DE EDAD ES RESPONSABILIDAD DEL TRABAJADOR REMITIR FOTOCOPIA DE LA TARJETA DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%.</p> <p>Hermanos de 7 a 18 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Original o copia legible del registro civil de nacimiento del trabajador en donde figure el nombre de los padres Original o copia legible del registro civil de nacimiento del hermano en donde figure el nombre de los padres Copia del Registro Civil de Defunción, certificado de defunción o estado de cancelada por muerte de la cédula, generado página Web de la Registraduría de los padres (Padre y Madre) Declaración juramentada de dependencia económica de hermanos al respaldo del formulario de afiliación Fotocopia legible y ampliada al 150% de la Tarjeta de Identidad o Cédula de ciudadanía según sea el caso <p>Mayores de 12 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Adicional a los requisitos anteriores: Constancia de escolaridad original. <p>NOTA: Este documento debe renovarse anualmente antes del 10 de marzo. Para estudiantes Universitarios o Técnicos estudien por semestre, debe renovarse antes del 10 de marzo 10 de septiembre.</p> |
| Padres mayores de 60 años | <ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del documento de identidad de los padres legible y ampliado al 150% Original o copia legible del registro civil de nacimiento del trabajador en donde figure el nombre de los padres Declaración juramentada de dependencia económica de padres (diligenciar al respaldo del formulario de afiliación) <p>NOTA: Solamente se podrán afiliar Padres que dependan económicamente del trabajador. Aquellos que reciban Pensión, se encuentren afiliados a otras Cajas o reciban otros subsidios no podrán ser afiliados. Pueden realizar la consulta en RUAF mediante el link: http://ruafsvr2.sispro.gov.co/AfiliacionPersona</p> |
| Discapacitados: Padres, Hijos, Hijastros, Hermanos Huérfanos de padre y madre (sin límite de edad) | <ul style="list-style-type: none"> Si tiene beneficiarios en condición de discapacidad, debe presentar adicionalmente a los documentos que correspondan de acuerdo al listado, CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (no incapacidad) en original, o copia simple legible, sin manchas, tachones, enmendaduras, etc., el cual debe ser expedido por la EPS de Régimen Contributivo o EPSS de Régimen Subsidiado. NO se aceptan certificados de médicos particulares. En caso que el certificado sea expedido por una entidad diferente a la EPS, deberá realizarse el trámite ante la EPS para la transcripción del mismo. <p>NOTAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Si el beneficiario es menor de edad: el certificado de invalidez o constancia de disminución de la capacidad física, indicando origen de la contingencia. Si el beneficiario es mayor de edad. Tener en cuenta lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> El certificado debe indicar la pérdida de la capacidad laboral, el grado de invalidez y el origen de estas contingencias Para el caso de certificados expedidos por el Programa de Adulto Mayor Atención en Casa, la discapacidad igualmente debe ser transcrita por la EPS donde se encuentre afiliado |

RECUERDE: EL SUBSIDIO FAMILIAR EN DINERO CADUCA CON LA NO PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS, ASÍ LA EMPRESA CANCELE LOS APORTES OPORTUNAMENTE (LEY 21 DE 1982, ARTÍCULO 6°)