



Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Importante

- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo		
		DD	MM	AAAA

Datos del empleador

Tipo de Identificación		No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente		
NIT	CC	CE	PA	RC	F	Agrupación		Sucursal

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación		No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
CC	CE	PA	RC	F			1 2 3 4 5	DD MM AAAA	F M

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
-----------	--------------	------------------	---------------	---------------	------------------	--------------------

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes			Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario	SI _____ NO _____				
	1	2	3							\$	1	2	DD	MM

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación					
				SI	NO	Cual?	SI	NO	Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación	F M DD MM AAAA 1 2 3 4 5				
									CC	CE	PA	RC	F

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco	Discapacidad	Fecha de Nacimiento	Género	F M DD MM AAAA 1 2 3 4 5					
									CC	CE	PA	RC	TI	Conyuge

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este; y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web Comfama <http://WWW.COMFAMA.COM/>. Declaro bajo gravedad de juramento que: toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012.

Indícanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye:

- Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extrajera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice análisis de administración de riesgos.
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biométrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera segura y confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible. AUTORIZO NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com.co. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail: protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de:										
<input type="checkbox"/> Cuenta Personal	Número de cuenta _____									
Tipo de Cuenta	<input type="checkbox"/> Ahorros	<input type="checkbox"/> Corriente								
Entidad financiera										
<input type="checkbox"/> Tarjeta de afiliación										
<input type="checkbox"/> Pago con documento de Identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago.										

- Original (Comfama) -

0600/2010

cadena s.a.

0600/2010

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
-----------------------------	---	------------------------------	--



Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Importante

- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo		
		DD	MM	AAAA

Datos del empleador

Tipo de Identificación NIT CC CE PA RC F	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente Agrupación	Sucursal
--	--------------------	-----	----------------------------------	----------	--	----------

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación CC CE PA RC F	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil 1 2 3 4 5	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Género F M
---	--------------------	-----------------	------------------	---------------	----------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
-----------	--------------	------------------	---------------	---------------	------------------	--------------------

Datos laborales

Tipo de Salario 1 2 3	Salario mes \$	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato 1 2	Fecha de ingreso a la empresa DD MM AAAA	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario	SI _____ NO _____
--------------------------	-------------------	------------------------	------------------------	----------------------------	--	-------------------------	-----------------------------------	-------------------

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación			
				SI	NO	Cual?	
				SI	NO	Cual?	

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación CC CE PA RC F	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género F M	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Ocupación 1 2 3 4 5
---	--------------------	-----------------	------------------	---------------	----------------	---------------	-----------------------------------	------------------------

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación CC CE PA RC TI	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco Cónyuge Hijo Hija Padre/Madre Hermano hermano Discapacidad	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Género Femenino Masculino

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este; y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web Comfama <http://WWW.COMFAMA.COM/>. Declaro bajo gravedad de juramento que: toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012.

Indícanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye:

- Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extrajera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice análisis de administración de riesgos.
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biométrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera segura y confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible. AUTORIZO NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail: protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de:								
<input type="checkbox"/> Cuenta Personal	Número de cuenta							
Tipo de Cuenta	<input type="checkbox"/> Ahorros	<input type="checkbox"/> Corriente						
Entidad financiera								
<input type="checkbox"/> Tarjeta de afiliación								
<input type="checkbox"/> Pago con documento de Identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago.								

- Copia (Empleador) -

cadena.s.a.



Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
-----------------------------	---	------------------------------	--

Información para el diligenciamiento del formulario Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

Guía para el diligenciamiento del formulario

Marque el número en cada casilla de acuerdo con la siguiente tabla.

Estado Civil		Tipo de Salario		Tipo de Contrato		Ocupación		
1. Soltero	2. Casado	3. Unión libre	1. Fijo	2. Variable	1. Indefinido	2. Fijo	1. Hogar	2. Empleado
4. Viudo	5. Separado		3. Integral				3. Independiente	4. Pensionado
								5. Desempleado

Se entienden salario fijo, salario variable y salario integral, en los términos del Código Sustantivo del Trabajo.

Definiciones: Tenga en cuenta las siguientes definiciones para el diligenciamiento del formulario:

- Agrupación: Lugar donde el trabajador ejerce sus labores.
- Sucursal: Dependencia a la cual está adscrito el Trabajador.
- Para diligenciar el campo Nivel Educativo, identifique por cada persona a cargo el grado que cursa e ingréselo en la casilla correspondiente.
- Para diligenciar el campo Código Postal debe remitirse a la siguiente página web: www.codigopostal.gov.co

Documentos que deben presentarse para la afiliación:

- Fotocopia del documento de identificación del trabajador, de su cónyuge o compañero(a) permanente y de sus personas a cargo:
 - 0 a 6 años: registro civil de nacimiento y si es extranjero el pasaporte.
 - 7 a 17 años: tarjeta de identidad, pasaporte o cédula de extranjería.
 - 18 años en adelante: cédula de ciudadanía, de extranjería o pasaporte.
- Los documentos probatorios que se anexan, deben ser legibles, sin enmendaduras y sin resaltador.
- Después de diligenciar el formato coloque los documentos probatorios dentro del bolsillo o sobre disponible en esta misma hoja.

Cónyuge

Fotocopias de:

- Folio del registro civil o partida eclesiástica de matrimonio del trabajador.

Compañero(a) permanente

- Acreditación como compañero (a) permanente. Podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin, el cual puede encontrar en la página web www.comfama.com.

Hijos e hijastros

Fotocopias de:

- Folio del registro civil de nacimiento.
- Certificado de escolaridad de establecimiento docente colombiano debidamente aprobado, para los hijos e hijastros entre los 12 y 18 años de edad. Para los hijos e hijastros desde los 19 hasta los 23 años de edad cumplidos, que estén estudiando algún programa de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano - ETDH, certificado de la respectiva institución educativa colombiana que brinde estos programas, con fecha de expedición no superior a seis (6) meses, cuya duración no sea inferior a 600 horas anuales.

En el caso de hijastros además tener en cuenta estos documentos:

- Acreditación del compañero (a) permanente del trabajador.
- Constancia a través de la cual el trabajador manifieste que sus hijastros, conviven y dependen económicamente de él.

En estos casos podrá diligenciar los formatos que Comfama tiene establecidos para tal fin, los cuales podrá encontrar en la página web www.comfama.com.

Hermanos huérfanos de padres

Fotocopias de:

- Folio del registro civil de nacimiento del trabajador.
- Folio del registro civil de nacimiento de los hermanos huérfanos de padres.
- Partida eclesiástica de defunción o registro civil de defunción de los padres.
- Constancia a través de la cual el trabajador manifieste que los hermanos huérfanos de padres, conviven y dependen económicamente de él y que ningún otro hermano los tiene afiliados a Comfama o a otra Caja de Compensación Familiar. En este caso podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin, el cual podrá encontrar en la página web www.comfama.com.
- Certificado de escolaridad de establecimiento docente colombiano debidamente aprobado, para los hermanos huérfanos de padres entre los 12 y 18 años de edad. Para los hermanos huérfanos de padres desde los 19 hasta los 23 años de edad cumplidos, que estén estudiando algún programa de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano - ETDH, certificado de la respectiva institución educativa colombiana que brinde estos programas, con fecha de expedición no superior a seis (6) meses, cuya duración no sea inferior a 600 horas anuales.

Padres

Fotocopias de:

- Folio del registro civil de nacimiento del trabajador en el que conste el nombre de sus padres.
- Constancia a través de la cual el trabajador manifieste que sus padres dependen económicamente de él, que no reciben salario, renta o pensión alguna y que ningún otro hijo los tiene afiliados a Comfama o a otra Caja de Compensación Familiar. En este caso podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin, el cual podrá encontrar en la página web www.comfama.com

Discapacidad

El trabajador beneficiario recibirá doble cuota monetaria del Subsidio Familiar por sus hijos, padres y hermanos huérfanos de ambos padres, sin importar su edad, que presenten capacidad física y/o mental disminuida que les impida trabajar. Para ello, el trabajador debe demostrar la convivencia y dependencia económica de la persona a cargo con la discapacidad, además presentar constancia emitida por una Entidad Promotora de Salud - EPS, por una IPS de la red pública de salud (decretos 1355 de 2008 y 4942 de 2009), o por la Junta Regional de Calificación de Invalidez (Decreto 2463 del 20 de noviembre de 2001).

Para conocer los derechos y deberes del afiliado consultar la página: www.comfama.com

Comfama podrá requerir pruebas adicionales para acreditar el derecho a la prestación social.