

**FORMULARIO DE AFILIACION O NOVEDADES DE TRABAJADORES**

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

|         |           |
|---------|-----------|
| CODIGO  | FT-GS-01  |
| VERSION | 07        |
| FECHA   | 04-jul-17 |

**NOVEDAD**

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Afiliación nueva  | <input type="checkbox"/> Adición grupo familiar |
| <input type="checkbox"/> Cambio de empresa | <input type="checkbox"/> Actualización datos    |

**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<br>DIA MES AÑO | 10. SEXO<br>M F |
| 11. DIRECCION DOMICILIO   | 12. BARRIO  | 13. CIUDAD          | 14. TELEFONO  | 15. Correo Electronico             |                 |
| 16. ESTADO CIVIL<br>Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/><br>Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> | 17. NIVEL EDUCATIVO<br>Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> |                     | 18. VIVIENDA PROPIA<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>  |                                    |                 |
| 19. TIPO DE CONTRATO<br>Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>   | 20. FECHA DE INGRESO<br>DIA MES AÑO   |                     | 21. FECHA DE TERMINACION<br>DIA MES AÑO   |                                    |                 |
| 22. TIPO DE COTIZANTE<br>Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>  | 23. SINDICALISTA<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |                     | 24. HORAS MES LABORADAS   |                                    |                 |
| 25. E.P.S DONDE ESTA AFILIADO(A)  | 26. CARGO U OFICIO  | 27. SALARIO         | 28. Desarrolla funciones:<br>En el Sector Agropecuario SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>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  NO** 

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<br>DIA MES AÑO | 36. SEXO<br>M F |
| 37. DIRECCION DOMICILIO   | 38. BARRIO  | 39. CIUDAD           | 40. TELEFONO   | 41. E - mail                           |                 |
| 42. NIVEL EDUCATIVO<br>Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> | 43. OCUPACION<br>Empleado(a) <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |                      | 44. EMPRESA CON QUIEN LABORA SIMULTANEAMENTE<br>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.<br>NORMAL DISCAPAC | 48. RECIBE SUBSIDIO |    |
|----------------|---------|---------------|-------|--------------------|-----------------|------------------|---------|------------------|---|-----|------|---|--------------------------------------|---------------------|----|
| HUJO           | HIASTRO | HUJO ADOPTIVO | PADRE |                    |                 |                  |         | DIA              | M | AÑO | M    | F |                                      | SI                  | NO |
|                |         |               |       |                    |                 |                  |         |                  |   |     |      |   |                                      |                     |    |
|                |         |               |       |                    |                 |                  |         |                  |   |     |      |   |                                      |                     |    |
|                |         |               |       |                    |                 |                  |         |                  |   |     |      |   |                                      |                     |    |
|                |         |               |       |                    |                 |                  |         |                  |   |     |      |   |                                      |                     |    |
|                |         |               |       |                    |                 |                  |         |                  |   |     |      |   |                                      |                     |    |
|                |         |               |       |                    |                 |                  |         |                  |   |     |      |   |                                      |                     |    |
|                |         |               |       |                    |                 |                  |         |                  |   |     |      |   |                                      |                     |    |
|                |         |               |       |                    |                 |                  |         |                  |   |     |      |   |                                      |                     |    |

**PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR PARA CONYUGE  O EL TRABAJADOR (A)** 

Si es trabajador beneficiario, y es quien recibe el subsidio familiar, seleccione una de las siguientes opciones, donde dese que se le consigne la cuota monetaria.

|                                 |                                     |                               |                                  |                                    |                                      |  |                               |                               |  |  |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|--|--|
| 49. ENTIDAD BANCARIA:           | Davivienda <input type="checkbox"/> | BBVA <input type="checkbox"/> | Popular <input type="checkbox"/> | Bogotá <input type="checkbox"/>    | Bancolombia <input type="checkbox"/> | Agrario <input type="checkbox"/>           | BCSC <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> |  |  |
| No. Cuenta:                     | Tipo de Cuenta:                     |                               | Ahorro <input type="checkbox"/>  | Corriente <input type="checkbox"/> | Ciudad:                              | 50. CENTRO DE RECAUDO MUNICIPIO DONDE VIVE |                               |                               |  |  |
| 51. Otro (asignado por COMFIAR) | BANCO:                              |                               | No. Cuenta:                      |                                    |                                      |  |                               |                               |  |  |

A) 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.

B) Manifiesto que autorizó 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 artículo 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10° del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1° del Decreto 2563 de 1985.

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

**SELLO DE RADICADO****PARA USO EXCLUSIVO DE COMFIAR**

DIGITALIZADO POR

Observaciones de la empresa: \_\_\_\_\_

VIGILADO SuperSubsidio



## FORMULARIO DE AFILIACION O NOVEDADES DE TRABAJADORES

SI LA AFILIACION DEL TRABAJADOR ES SIN NUCLEO FAMILIAR, EL FORMULARIO PUEDE SER FIRMADO SOLO POR EL EMPLEADOR

PARA LA AFILIACION DEL NUCLEO FAMILIAR Y/O ACTUALIZACION DE DATOS, EL FORMULARIO DEBE SER FIRMADO POR EL TRABAJADOR

### INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMULARIO

#### NOVEDAD

**Afiliación nueva:** Marque con una X si se afilia por primera vez a COMFIAR

**Cambio de empresa:** Marque con una X si ya esta afiliado a COMFIAR pero paso a laborar con otra empresa o razón social.

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

**Actualización datos:** Marque con una X si ya esta afiliado a COMFIAR, pero desea actualizar datos como: cambio de dirección,

#### DATOS DE LA EMPRESA

1. NIT Ó C.C.: Escriba el Nit o número de cédula del empleador
2. **NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:** Escriba el nombre o razón social de la empresa donde labora.
3. **CIUDAD:** Escriba la ciudad donde se encuentra radicada la empresa para la que labora el trabajador
4. **DEPARTAMENTO:** Escriba el departamento donde se encuentra radicada la empresa para la que labora el trabajador

#### DATOS DEL TRABAJADOR

5. **CÉDULA:** Escriba el número de cédula o documento de identidad del trabajador.
6. **PRIMER APELLIDO:** Escriba el primer apellido del trabajador.
7. **SEGUNDO APELLIDO:** Escriba el segundo apellido del trabajador.
8. **NOMBRES:** Escriba los nombres completos del trabajador.
9. **FECHA DE NACIMIENTO:** Escriba la fecha de nacimiento del trabajador.
10. **SEXO:** Marque con una X su sexo, ya sea genero M (masculino) ó F (femenino).
11. **DIRECCION DOMICILIO:** Escriba la dirección de domicilio del municipio donde vive de acuerdo a la ciudad donde labora.
12. **BARRIO:** Escriba el nombre del barrio donde vive de acuerdo a la ciudad donde labora.
13. **CIUDAD:** Escriba la ciudad donde vive de acuerdo a la ciudad donde labora.
14. **TELEFONO:** Registre un número de teléfono donde siempre este disponible para cualquier información.
15. **E - mail:** Escriba el nombre de correo electrónico.
16. **ESTADO CIVIL:** Marque con una X su estado civil.
17. **NIVEL EDUCATIVO:** Marque con una X el nivel educativo alcanzado.
18. **VIVIENDA PROPIA:** Marque con una X si su vivienda es propia o no.
19. **TIPO DE CONTRATO:** Marque con una X si su contrato es a termino fijo o indefinido.
20. **FECHA DE INGRESO:** Indique la fecha de ingreso a la empresa para la que labora.
21. **FECHA DE TERMINACION:** Si su contrato es a termino fijo indique la fecha de terminación del contrato.
22. **TIPO DE COTIZANTE:** Si se afilia por medio de la empresa para la que trabaja marque **Dependiente**, si no labora con alguna empresa marque **Independiente**.
23. **SINDICALISTA:** Marque con una X si es o no sindicalista.
24. **HORAS MES LABORADAS:** Escriba las horas que trabaja al mes teniendo en cuenta que un día tiene 8 horas laborables.
25. **E.P.S. DONDE ESTA AFILIADO(A):** Escriba el nombre de la E.P.S a la que se encuentra afiliado (a).
26. **CARGO U OFICIO:** Escriba el cargo u oficio que desempeña en la empresa donde labora.
27. **SALARIO:** Escriba el salario básico que devenga al mes.

#### DESARROLLA FUNCIONES EN:

Sector

28. **Agropecuaria,** Marque con una X si desempeña o no funciones Agropecuarias para la empresa.
29. **Servicio Doméstico,** Marque con una X si desempeña o no funciones Domésticas para la empresa.
30. **EMPRESA CON QUIEN LABORA SIMULTANEAMENTE:** Si labora con otra empresa adicional escriba el nombre o razón social de la misma, Nit, y salario que devenga.

#### DATOS DEL CONYUGE O COMAÑERO (A)

31. **¿COMPAÑERO (A) PERMANENTE?:** Marque con una X si el padre o la madre de los hijos beneficiarios convive **SI** o **NO** con el trabajador.
32. **CÉDULA:** Escriba el número de cédula o documento de identidad del conyuge o compañero(a).
33. **PRIMER APELLIDO:** Escriba el primer apellido del conyuge o compañero(a).
34. **SEGUNDO APELLIDO:** Escriba el segundo apellido del conyuge o compañero(a).
35. **NOMBRES:** Escriba los nombres completos del conyuge o compañero(a).
36. **FECHA DE NACIMIENTO:** Escriba la fecha de nacimiento del conyuge o compañero(a). En Formato DIA, MES Y AÑO
37. **SEXO:** Marque con una X su sexo ya sea genero M (masculino) ó F (femenino).

38. **DIRECCION DOMICILIO:** Escriba la dirección de domicilio del municipio donde vive.
39. **BARRIO:** Escriba el nombre del barrio donde vive.
40. **CIUDAD:** Escriba el nombre de la ciudad donde vive.
41. **TELEFONO:** Registre un número de teléfono donde siempre este disponible para cualquier información.
42. **E - mail:** Escriba el nombre de correo electrónico del conyuge o compañero(a).
43. **NIVEL EDUCATIVO:** Marque con una X el nivel educativo alcanzado.
44. **OCUPACION:** Marque con una X la ocupación a la que se dedica.

45. **EMPRESA DONDE LABORA:** Si es empleado(a) escriba el nombre de la empresa donde labora, Nit y salario de devenga.

#### DATOS DE LAS PERSONAS A CARGO

46. **PARENTESCO:** Marque con una X el tipo de parentesco que tiene el beneficiario que esta afiliando.
47. **IDENTIFICACION:** Escriba el número NUIP del registro civil de nacimiento de los hijos y/o hermanos y el número de cédula de los padres, el PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRES, FECHA DE NACIMIENTO Y SEXO según su genero.
48. **CAPACIDAD DE TRABAJO:** Marque con una X si el beneficiario tiene capacidad de trabajo **Normal** o si presenta **Discapacidad medica**.
49. **RECIBE SUBSIDIO:** Este espacio es para COMFIAR no marque ninguno de los campos, si lo marca por error debe cambiar el Formulario de Afiliación.

#### PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR PARA EL TRABAJADOR(A)

50. **ENTIDAD BANCARIA:** Marque con una X si tiene cuenta bancaria con alguno de los bancos señalados, escriba el número de cuenta, marque con una X el tipo de cuenta **A** si es de Ahorros y **C** si es corriente, allí le será consignada la cuota monetaria y escriba el nombre de la ciudad donde creo su cuenta bancaria.
51. **CENTRO DE RECAUDO DEL MUNICIPIO DONDE VIVE:** Marque con una X si desea recibir la cuota monetaria en el municipio donde vive, el funcionario de COMFIAR que lo atiende le asignara el centro de recaudo y se lo comunicará.
52. **OTRO:** Este espacio es para COMFIAR no marque ninguno de los campos, si lo marca por error debe cambiar el Formulario de Afiliación.

**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.

### 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 conyuge.
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 conyuge.
4. Constancia laboral del conyuge o declaración de dependencia económica de la misma, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo.
5. Manifestación de estado civil, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo
6. 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.
7. Original certificado de escolaridad de establecimiento educativo debidamente aprobado, para hijos entre los 12 y los 18 años
8. 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.
9. Si se tienen hijos inválidos o de capacidad física o mental disminuida, presentar certificado médico especialista de la EPS a la que se encuentra afiliado(a), indicando el tipo de discapacidad.
10. Copia del contrato laboral, solo si desempeña funciones agropecuarias para la empresa donde labora.
11. Si el trabajador labora medio tiempo, deberá remitirse copia del contrato laboral.

#### CON CONYUGE E HIJASTROS

1. Adjuntar requisitos 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 y 10 si aplica; de los documentos exigidos para afiliación **CON CONYUGE E HIJOS DE LA UNION**
2. Constancia laboral del conyuge, en caso de no laborar, declaración de dependencia económica de la misma, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo.
3. Registro civil de nacimiento de los hijastros.
4. Custodia o declaración juramentada, deberá estar firmada además, por la madre biológica de los hijastros.
5. Copia del documento de identidad de la madre o padre biológico que no estén recibiendo subsidio familiar.
6. Dependencia económica de los hijastros, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

#### 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. Custodia o declaración juramentada preferiblemente firmada por la madre, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

#### 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. 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, 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.

#### 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 **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 la partida de defunción de la persona fallecida, inmediatamente **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 se debe presentar la partida de defunción del trabajador inmediatamente ocurrido el hecho ó a más tardar dentro de los diez (10)

#### IV. 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, previa presentación copia del contrato laboral.

#### 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 conyuge ó 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 **RECLAMA LA CUOTA MONETARIA...**

- \* **Para los hijos del trabajador:** La mamá de los hijos ó quien tenga la custodia legal otorgada por las autoridades competentes ó Nota: si la mamá o quien tiene la custodia fallece, se debe presentar el Registro de Defunción y una declaración extra proceso que
- \* **Para los hermanos huérfanos y padres del trabajador:** El trabajador o a quien este autorice mediante oficio autenticado.

Firma