

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE TRABAJADOR Y GRUPO FAMILIAR
CLASE DE FORMULARIO

 Afiliación para Servicios Afiliación para Subsidio en Dinero Adición de Personas a Cargo
1. DATOS DEL APORTANTE (Empleador o Independiente)

Tipo de Documento de Identificación Razón Social del Empleador o Nombres y Apellidos del Aportante

NIT	CC	CE	PA	CD	PEP	PPT						
-----	----	----	----	----	-----	-----	--	--	--	--	--	--

Número de Identificación del Aportante Dirección Número Telefónico

2. DATOS DEL COTIZANTE (Trabajador o Independiente)

Número del Documento de Identificación Tipo Documento Identificación Lugar de Expedición Fecha de Expedición

DIA	MES	AÑO									

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección de Residencia Área Geográfica Municipio Localidad / Zona País

		URBANA RURAL									
--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección de Trabajo Área Geográfica Municipio Localidad / Zona Trabajador Agropecuario

		URBANA RURAL						SI NO			
--	--	--------------	--	--	--	--	--	-------	--	--	--

Número Telefónico Domicilio Número Celular Correo Electrónico

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento Ciudad de Nacimiento Sexo Orientación Sexual

				Hombre		Mujer		Indeterminado		Heterosexual		Homosexual		Bisexual	
--	--	--	--	--------	--	-------	--	---------------	--	--------------	--	------------	--	----------	--

Pertenencia Étnica Factor de Vulnerabilidad

Afro	Negro	Indígena	Palanquero	Raizal	Gitano	Desplazado	Conflicto armado	Desmovilizado	Cabeza de Familia	Migrante	Otro				
------	-------	----------	------------	--------	--------	------------	------------------	---------------	-------------------	----------	------	--	--	--	--

Discapacidad Tipo Discapacidad Estado Civil Tipo de Contrato

SI	NO			Unión Libre		Casado		Divorciado		Separado		Viudo		Soltero			
----	----	--	--	-------------	--	--------	--	------------	--	----------	--	-------	--	---------	--	--	--

Ocupación Tipo de Cotizante Veterano Fuerza Pública

				Dependiente		Independiente		Madre comunitaria		Taxista		SI		NO	
--	--	--	--	-------------	--	---------------	--	-------------------	--	---------	--	----	--	----	--

Horas Contratadas Valor Sueldo / Valor Ingreso Sueldo en Especie /y/o Comisión Venta Total Sueldo Mes / Total Ingreso Mes

DIARIAS	MES	\$	\$	\$	\$						
---------	-----	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--

Trabaja en Otra Empresa Nit de la Otra Empresa Razón Social Total Sueldo Mes Otra Empresa

SI	NO									\$	
----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--

Nivel Educativo

Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Técnico / Tecnólogo	Profesional Universitario	Posgrado / Maestría	Ninguno				
------------	----------	------------	-------	---------------------	---------------------------	---------------------	---------	--	--	--	--

Es socio de la empresa Tipo de Vivienda Fecha de ingreso Vendedor

SI	NO	Propia	Arriendo	Familiar			SI	NO			
----	----	--------	----------	----------	--	--	----	----	--	--	--

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Número del Documento de Identificación Tipo Documento Identificación Lugar de Expedición Compañero Permanente

										SI NO	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número Celular Ciudad de Nacimiento Fecha de Nacimiento Dirección Residencia Ciudad Residencia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Área Geográfica Estado Civil Correo Electrónico

URBANA RURAL		Soltero(a)		Casado(a)		Viudo(a)		Separado(a)		Unión Libre			
--------------	--	------------	--	-----------	--	----------	--	-------------	--	-------------	--	--	--

Sexo Nivel Educativo Ocupación

M	F	Ninguno	Primaria	Bachillerato	Técnico	Universitario	Postgrado	Hogar	Empleado	Independiente	Desempleado		
---	---	---------	----------	--------------	---------	---------------	-----------	-------	----------	---------------	-------------	--	--

Nombre de la Empresa Donde Labora Nit Salario Caja de Compensación Recibe Subsidio

				\$				SI NO	
--	--	--	--	----	--	--	--	-------	--

4. DATOS DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Personas a cargo que dependen económicamente del trabajador			Número de identificación	Tipo Id	Sexo		Fecha Nacimiento			Parentesco					Condición Discapacidad
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres			M	F	Día	Mes	Año	Hijo	Her	Pad	Mad	Cus	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. OBSERVACIONES

DEVUELTO: SI NO VER CAUSALES AL RESPALDO

FIRMA Y NÚMERO DE CÉULA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EMPLEADOR	CIUDAD Y FECHA
--	---------------------	----------------

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Autorizo conforme a la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca, COMFACUNDI con NIT 860.045.904-7, para que recolece, almacene, utilice, administre, circule, transfiera o transmita mis datos personales directa o a través de terceros. Los datos personales serán tratados con el fin de dar cumplimiento a las funciones propias de COMFACUNDI, para la prestación de los servicios para mí y mi grupo familiar, la evaluación de sus servicios, actualización de datos personales, atención al cliente (dar respuesta a consultas, peticiones, quejas o reclamos), (como análisis de consumos, trazabilidad de marca, encuestas de percepción de servicio y proyectos futuros, entre otros), comerciales (informar a través de diferentes medios los beneficios, productos, servicios, promociones, descuentos, campañas vigentes, eventos promocionales, programas de las marcas propias o de los aliados). Realización de consultas, para responder las necesidades acerca de productos y servicios ofrecidos, la realización de estudios con fines estadísticos o de conocimiento del cliente.

COMFACUNDI me informa que, si suministro información personal sobre una persona distinta a mí, se da por entendido que cuento con la autorización de dicha persona para registrar sus datos; y no verificará, ni asumirá la obligación de verificar la identidad del usuario, ni veracidad, vigencia, suficiente y autenticidad de los datos de cada uno de ellos. En virtud de lo anterior, COMFACUNDI no asume responsabilidad por daños o perjuicios de toda naturaleza que pudiera tener origen en la falta de veracidad, homonimia o a la suplantación de la información de la identidad.

Así mismo los datos personales de los(as) niñas, niños y adolescentes que suministro los hago en calidad de tutor o representante legal de los mismos, y autorizo su tratamiento únicamente para las finalidades expuestas en el presente documento. Declaro que he sido informado de lo siguiente: 1) Que COMFACUNDI, como responsable del tratamiento de los datos personales, ha puesto a mi disposición la Política de Tratamiento de Datos Personales la cual se encuentra en la página web: www.comfacundi.com.co, (2) Que los derechos que me asisten como titular de los datos personales son los previstos en la Constitución y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, los cuales puedo ejercer a través del correo servicioalcliente@comfacundi.com.co, canal dispuesto por COMFACUNDI para la atención a titulares.

De acuerdo al Anexo Técnico de la Circular No. 2019-00007 de la Superintendencia del Subsidio Familiar las Cajas de Compensación Familiar deben recopilar de sus afiliados datos como orientación sexual, pertenencia étnica y factor de vulnerabilidad, COMFACUNDI me informa que tengo el derecho de darme o omitir el suministro de los mismos, por catalogarse como datos sensibles.

SI NO	Autorizo recibir información a través de medios telefónicos o electrónicos como mensajes de textos, chats, WhatsApp y otros.
SI NO	Autorizo a recibir información a través de correo electrónico, aplicaciones informáticas, redes sociales, entre otros.
SI NO	Autorizo recibir información a través de medios escritos e impresos.

Firma de autorización tratamiento de Datos Personales

CAUSALES DE DEVOLUCIÓN			
Código	Descripción	Tipo Afiliado *	Nombre Afiliado/Beneficiario
1	Formulario mal diligenciado/ con tachones o enmendaduras o incompleto		
2	Falta firma del empleador		
3	Falta firma del trabajador		
4	Faltan datos de la empresa		
5	Faltan datos del trabajador		
6	Faltan datos del conyuge o compañero(a) permanente		
7	Faltan datos del(los) beneficiario(s)		
8	Correo electrónico y teléfonos deben ser del trabajador		
9	El trabajador no causa su salario dentro del departamento de Cundinamarca		
10	Falta copia cedula ampliada al 150%		
11	Falta copia tarjeta de identidad		
12	Falta copia de registro civil para acreditar parentesco		
13	Registro civil no acredita parentesco		
14	Falta registro civil de matrimonio o partida de matrimonio		
15	Falta declaración juramentada (formato del ministerio de trabajo)		
16	Falta firma del trabajador en la declaración juramentada (formato del ministerio de trabajo)		
17	Falta certificado escolar del beneficiario con intensidad mínima de 20 horas a la semana		
18	Falta certificado laboral del conyuge o compañero(a) permanente indicando salario y si recibe o no subsidio no mayor a 30 días de expedición.		
19	Falta Registro Civil de Defunción		
20	Falta certificado de EPS del padre donde indique tipo de afiliación y quien lo tiene afiliado		
21	Falta certificado de discapacidad (debe ser de la EPS, IPS O JUNTA REGIONAL DE INVALIDEZ)		
22	Falta copia del formulario de afiliación		
23	Formatos y/o documentos mal diligenciados, ilegibles, enmendados o incompletos:		
24	Hijo o Hermano mayor de 18 años		

* Tipos de Afiliado: (Tr Trabajador, CY Cónyuge o compañero(a), Hi hijo(a), Pa Padre, Ma madre, He Hermano(a)).

Observaciones:

Colaborador:

Fecha Devolución:

Mayor información:
 Calle 53 No. 10-39 Piso 5
 Teléfono 7940427

REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN A COMFACUNDI DEL TRABAJADOR Y BENEFICIARIOS

TRABAJADOR SOLTERO

- * Formulario de afiliación diligenciado
- * Copia del documento de identidad del trabajador o el documento válido de identificación para extranjeros ampliado al 150%.

TRABAJADOR CASADO O EN UNIÓN LIBRE SIN BENEFICIARIOS

- * Formulario de afiliación diligenciado
- * Copia del documento de identidad del trabajador y su cónyuge, o el documento válido de identificación para extranjeros ampliado al 150%.
- * Partida de matrimonio eclesiástico o registro civil de matrimonio, o declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo, para el(a) compañero(a) permanente.

TRABAJADOR CASADO O EN UNIÓN LIBRE, CON BENEFICIARIOS HIJOS

- * Formulario de afiliación diligenciado
- * Copia del documento de identidad del trabajador y su cónyuge, o el documento válido de identificación para extranjeros ampliado al 150%
- * Partida de Matrimonio ó, Registro Civil de Matrimonio o Declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo, para el(a) compañero(a) permanente.
- * Fotocopia del Registro Civil de Nacimiento de los Hijos (con Parentesco).
- * Fotocopia de la Tarjeta de Identidad de los Hijos mayores de 7 años, ampliada al 150%.
- * Certificado Escolar de los Hijos, mayores de 12 años y que no sobrepasen la edad de 18 años (Intensidad horaria mínima de 20 horas semanales). Si el hijo esta en la Universidad, estudios técnicos o carreras intermedias, deberá presentar la certificación semestralmente.
- * Si el (a) Cónyuge labora, certificado de ingresos, indicando salario devengado y si recibe o no subsidio familiar, si recibe subsidio, indicar de que Caja de Compensación, el certificado no puede ser mayor a 30 días.
- * Si el(la) Cónyuge es Trabajador Independiente debe indicar el monto de sus ingresos mensuales, certificado por Contador Titulado, el certificado no puede ser mayor a 90 días.
- * Declaración Juramentada (Formato de Mintrabajo) donde el trabajador manifieste que los hijos, conviven y dependen económicamente de él.
- * Para el caso de afiliación de beneficiarios diferentes a hijos, a cargo del trabajador con custodia, se debe presentar copia de la custodia expedida por la entidad competente.

TRABAJADOR CASADO O EN UNIÓN LIBRE, CON BENEFICIARIOS HIJASTROS

- * Formulario de afiliación diligenciado
- * Copia del documento de identidad del trabajador y su cónyuge, o el documento válido de identificación para extranjeros ampliado al 150%
- * Partida de Matrimonio ó, Registro Civil de Matrimonio o Declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo, para el(a) compañero(a) permanente.
- * Fotocopia del Registro Civil de Nacimiento de los Hijastros (con Parentesco)
- * Fotocopia de la Tarjeta de Identidad de los Hijastros mayores de 7 años, ampliada al 150%.
- * Certificado Escolar de los Hijastros mayores de 12 años y que no sobrepasen la edad de 18 años (Intensidad horaria mínima de 20 horas semanales). Si el hijastro esta en la Universidad, estudios técnicos o carreras intermedias, deberá presentar la certificación semestralmente.
- * Si el (a) Cónyuge labora, certificado de ingresos, indicando salario devengado y si recibe o no subsidio familiar, si recibe subsidio, indicar de que Caja de Compensación, el certificado no puede ser mayor a 30 días.
- * Si el(la) Cónyuge es Trabajador Independiente debe indicar el monto de sus ingresos mensuales, certificado por Contador Titulado, el certificado no puede ser mayor a 90 días.
- * Declaración Juramentada (Formato de Mintrabajo) donde el trabajador manifieste que los hijastros, conviven y dependen económicamente de él.
- * Certificado de la Entidad Promotora de Salud -EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la custodia este en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar

TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO, CON BENEFICIARIOS

- * Formulario de afiliación diligenciado
- * Copia del documento de identidad del trabajador, o el documento válido de identificación para extranjeros ampliado al 150%
- * Fotocopia del Registro Civil de Nacimiento de los Hijos (con Parentesco).
- * Para el caso de afiliación de beneficiarios diferentes a hijos, a cargo del trabajador con custodia, se debe presentar copia de la custodia expedida por la entidad competente.
- * Fotocopia de la Tarjeta de Identidad de los Hijos e Hijastros mayores de 7 años, ampliada al 150%.
- * Certificado Escolar de los Hijos e Hijastros mayores de 12 años y que no sobrepasen la edad de 18 años (Intensidad horaria mínima de 20 horas semanales). Si el hijo está en Universidad, realizando estudios técnicos o carreras intermedias, presentar la certificación semestralmente.
- * Declaración Juramentada (Formato de Mintrabajo) donde el trabajador manifieste que los hijos e hijastros, conviven y dependen económicamente de él.

TRABAJADOR VIUDO CON BENEFICIARIOS

- * Formulario de afiliación diligenciado
- * Copia del documento de identidad del trabajador, o el documento válido de identificación para extranjeros ampliado al 150%
- * Fotocopia del Registro Civil de Defunción del Cónyuge.
- * Fotocopia del Registro Civil de Nacimiento de los Hijos e Hijastros (con Parentesco).
- * Fotocopia de la Tarjeta de Identidad de los Hijos e Hijastros mayores de 7 años, ampliada al 150%.
- * Certificado Escolar de los Hijos e Hijastros mayores de 12 años y que no sobrepasen la edad de 18 años (Intensidad horaria mínima de 20 horas semanales). Si el hijo está en Universidad, realizando estudios técnicos o carreras intermedias, presentar la certificación semestralmente
- * Declaración Juramentada (Formato de Mintrabajo), donde el Trabajador manifieste que los Hijos e Hijastros conviven y dependen económicamente de él.

TRABAJADOR CON HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES.

- * Formulario de afiliación diligenciado
- * Copia del documento de identidad del trabajador, o el documento válido de identificación para extranjeros ampliado al 150%
- * Fotocopia del Registro Civil de Nacimiento del Trabajador (con Parentesco).
- * Fotocopia del Registro Civil de Nacimiento de los Hermanos (con Parentesco).
- * Fotocopia del Registro Civil de Defunción de los Padres.
- * Fotocopia de la Tarjeta de Identidad de los Hermanos mayores de 7 años, ampliada al 150%.
- * Certificado Escolar de los Hermanos mayores de 12 años y que no sobrepasen la edad de 18 años (Intensidad horaria mínima de 20 horas semanales). Si el Hermano esta en la Universidad, estudios técnicos o carreras intermedias, deberá presentar la certificación semestralmente.
- * Declaración Juramentada (Formato de Mintrabajo), donde el trabajador manifieste que los hermanos conviven y dependen económicamente de él.

TRABAJADOR CON PADRES MAYORES DE 60 AÑOS.

- * Formulario de afiliación diligenciado
- * Copia del documento de identidad del trabajador y los padres o el documento válido de identificación para extranjeros ampliado al 150%
- * Fotocopia del Registro Civil de Nacimiento del Trabajador (con Nombres de Padres).
- * Formato de Declaración Juramentada del Ministerio del Trabajo donde se evidencie la dependencia económica y se declare que el padre y/o madre no recibe pensión, salario, ni renta.
- * Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador.

BENEFICIARIOS EN ESTADO DE DISCAPACIDAD.

- * Si en alguno de los casos anteriores el beneficiario o los padres menores de 60 años tienen alguna discapacidad, deben presentar adicionalmente a los documentos relacionados anteriormente el Certificado Médico de la Junta Regional de Invalidez o de la EPS o Administradora de Riesgo Laboral, en donde conste el tipo de Discapacidad.

PRESENTACION Y RENOVACIÓN DE CERTIFICADOS ESCOLARES

- * 30 días antes de cumplir 12 años el beneficiario ya afiliado a COMFACUNDI, presentara el certificado escolar para tener continuidad en el subsidio familiar.
- * El certificado escolar se tendrá que renovar a más tardar en la primera semana del mes de Marzo de cada año para tener continuidad en el subsidio familiar.
- * Para el caso de los beneficiarios que realicen estudios universitarios o técnicos tendrán que renovar el certificado 2 veces al año, en la primera semana de Marzo y en la primera semana de Septiembre de cada año, para tener continuidad en el subsidio familiar.

RENOVACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA BENEFICIARIOS MAYORES DE 7 Y 18 AÑOS

- * Por el beneficiario ya afiliado a COMFACUNDI y que después del proceso de afiliación haya cumplido los 7 años de edad, se deberá presentar copia de la Tarjeta de Identidad, para tener continuidad en la prestación de los servicios.
- * Por el beneficiario ya afiliado a COMFACUNDI y que después del proceso de afiliación haya cumplido los 18 años de edad, se deberá presentar copia de la Cédula de Ciudadanía, para tener continuidad en la prestación de los servicios.

CAUSALES DE RECHAZO DE LA DOCUMENTACIÓN

- Formulario y/o Documentos mal diligenciados.
- Formularios o Documentos con enmendaduras.
- Formularios o Documentos Incompletos
- Formularios o Documentos ilegibles.