

**AFILIACIÓN  
 TRABAJADOR DEL  
 SERVICIO DOMÉSTICO**

ESPACIO PARA TIMBRE DE RADICACIÓN

**1. TIPO DE NOVEDAD**

 Afiliación para servicios  Afiliación para subsidio en dinero  Adición de personas a cargo 
**2. DATOS DEL EMPLEADOR**

Tipo de Documento de Identificación								Nombres y Apellidos del Empleador							
RC	TI	CC	CE	PA	CD	PEP	PPT								
Número del Documento de Identificación								Dirección				Número Telefónico			

**3. DATOS DEL TRABAJADOR**

Tipo de Documento de Identificación								Número Documento de Identificación								Lugar de Expedición							
RC	TI	CC	CE	PA	CD	PEP	PPT																
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre											
Fecha de Nacimiento				Estado Civil				Género															
DÍA	MES	AÑO		Soltero	Casado(a)	Viudo(a)	Separado(a)	Unión Libre	Hombre	Mujer	Indeterminado												
Número Celular								Correo Electrónico															
Dirección Domicilio								Ciudad / Departamento															
Pertenencia Étnica								Factor de Vulnerabilidad															
Afro	Negro	Indígena	Palanquero	Raiza	Gitano	Desplazado	Conflicto armado	Desmovilizado	Cabeza de Familia	Migrante	Otro												
Sueldo Básico				Sueldo en Especie y/o Comisión				Total Sueldo Mes				Fecha de Ingreso											
\$				\$				\$				DÍA	MES	AÑO									
Cargo Desempeñado				Horas Laboradas Mes				Nivel Educativo															
								Primaria	Secundaria	Técnico	Profesional	Ninguno											

**4. INFORMACIÓN DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA**

Nombre de Otro Empleador para quien trabaja	No. Identificación otro Empleador	Horas al Mes	Sueldo Mensual	Caja por la cual recibe subsidio

**5. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE**

Tipo de Documento de Identificación								Número Documento de Identificación								Lugar de Expedición							
RC	TI	CC	CE	PA	CD	PEP	PPT																
Primer Apellido				Segundo Apellido				Primer Nombre				Segundo Nombre											
Fecha de Nacimiento				Estado Civil				Género				Teléfono Residencia											
				Soltero	Casado(a)	Viudo(a)	Separado(a)	Unión Libre	M	F													
Número Celular								Correo Electrónico															
Dirección Domicilio								Ciudad								Conviven							
																SI NO							
Ocupación								Nombre o Razón Social de la Empresa donde labora								Nit							
Hogar								Empleado(a)	Independiente	Desempleado(a)													
Sueldo Básico								Caja de Compensación Familiar donde esta afiliado								Recibe Subsidio							
\$																SI NO							

**6. DATOS DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR**

Tipo Identif	Número de Identificación	Personas a Cargo y que dependen Económicamente del Trabajador			Género		Fecha de Nacimiento			Parentesco				Cond. Discapa	
		Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	M	F	DÍA	MES	AÑO	HJ	HE	P/M	CUS		

**7. OBSERVACIONES**

 DEVUELTO: SI  NO  VER CAUSALES AL RESPALDO 

FIRMA Y CÉDULA DEL TRABAJADOR	FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA	CIUDAD Y FECHA
-------------------------------	-----------------------------	----------------

**AUTORIZACION 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 recolecte, 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.



de acuerdo con mis conocimientos y el consentimiento 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](http://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 de los canales dispuestos por COMFACUNDI para la atención a titulares: Correo electrónico: [servicioalcliente@comfacundi.com.co](mailto:servicioalcliente@comfacundi.com.co), formulario web Contáctanos/PQRSF, <https://comfacundi-servicio-al-cliente.bitrix24.site/indexespaol/PQRSE/>, línea de atención al cliente 3790909 v línea gratuita nacional 0180094575.

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

## REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN A COMFACUNDI DEL TRABAJADOR Y BENEFICIARIOS

### TRABAJADOR SOLTERO

- \* Formato **FO-AS-009 Afiliación trabajador de servicio doméstico**, diligenciado y firmado por el trabajador, debe estar sin tachones ni enmendaduras.
- \* Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador o el documento válido de identificación para extranjeros ampliado al 150%.

### TRABAJADOR CASADO O EN UNIÓN LIBRE SIN BENEFICIARIOS

- \* Formato **FO-AS-009 Afiliación trabajador de servicio doméstico**, diligenciado y firmado por el trabajador, debe estar sin tachones ni enmendaduras.
- \* Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador y su cónyuge, o el documento válido de identificación para extranjeros, ampliada 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

- \* Formato **FO-AS-009 Afiliación trabajador de servicio doméstico**, diligenciado y firmado por el trabajador, debe estar sin tachones ni enmendaduras.
- \* Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador y su cónyuge o el documento válido de identificación para extranjeros ampliado al 150%.
- \* Partida de matrimonio o 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 siete (7) años, ampliada al 150%.
- \* Certificado escolar para 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 está en la universidad, realizando estudios técnicos o carreras intermedias, presentar la certificación semestralmente.
- \* Si el cónyuge labora debe presentar el certificado laboral, indicando salario devengado y si recibe o no subsidio familiar, si recibe subsidio, indicar que Caja de Compensación Familiar, el certificado no puede ser mayor a 30 días.
- \* Si el(la) cónyuge es trabajador independiente debe indicar los ingresos mensuales y certificado por Contador Titulado, no mayor a 90 días.
- \* Declaración juramentada (formato de Mi trabajo) 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

- \* Formato **FO-AS-009 Afiliación trabajador de servicio doméstico**, diligenciado y firmado por el trabajador, debe estar sin tachones ni enmendaduras.
- \* Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador y su cónyuge o el documento válido de identificación para extranjeros, ampliado al 150%.
- \* Partida de matrimonio o 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 siete (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 está en la universidad, realizando estudios técnicos o carreras intermedias, presentar la certificación semestralmente.
- \* Si el(la) cónyuge labora debe presentar el certificado laboral, indicando salario devengado y si recibe o no subsidio familiar, si recibe subsidio, indicar la Caja de Compensación Familiar, no mayor a 30 días.
- \* Si el cónyuge es trabajador independiente debe indicar los ingresos mensuales, certificado por Contador Titulado no 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

- \* Formato **FO-AS-009 Afiliación trabajador de servicio doméstico**, diligenciado y firmado por el trabajador, debe estar sin tachones ni enmendaduras.
- \* Fotocopia de la cédula de ciudadanía 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 siete (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 la 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

- \* Formato **FO-AS-009 Afiliación trabajador de servicio doméstico**, diligenciado y firmado por el trabajador, debe estar sin tachones ni enmendaduras.
- \* Fotocopia de la cédula de ciudadanía 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 siete (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 la 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

- \* Formato **FO-AS-009 Afiliación trabajador de servicio doméstico**, diligenciado y firmado por el trabajador, debe estar sin tachones ni enmendadura.
- \* Fotocopia de la cédula de ciudadanía 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 está en la Universidad, realizando 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

- \* Formato **FO-AS-009 Afiliación trabajador de servicio doméstico**, diligenciado y firmado por el trabajador, debe estar sin tachones ni enmendadura.
- \* Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador y los padres o el documento válido de identificación para extranjeros ampliado al 150%.
- \* Registro civil de nacimiento del trabajador (con nombres de los 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 son inválidos o en estado de discapacidad permanente, deben presentar adicionalmente a los documentos relacionados anteriormente el certificado médico de la EPS o de la IPS o Junta Regional de Invalidez o de Administradora de Riesgos Laborales, en donde conste el tipo de discapacidad.

### PRESENTACIÓN Y RENOVACIÓN DE CERTIFICADOS ESCOLARES

- \* 30 días antes de cumplir 12 años el beneficiario ya afiliado a COMFACUNDI, debe presentar 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, con el fin de tener continuidad en el subsidio familiar.

\* Para el caso de los beneficiarios que realicen estudios universitarios o técnicos tendrán que renovar el certificado dos (2) veces al año, en la primera semana de marzo y en la primera semana de septiembre de cada año, con el fin de tener continuidad en el subsidio familiar.

\* Para el caso de los beneficiarios que realicen estudios universitarios o técnicos tendrán que renovar el certificado dos (2) veces al año, en la primera semana de marzo y en la primera semana de septiembre de cada año, con el fin de 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 de la afiliación haya cumplido los siete (7) años, 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 de la afiliación haya cumplido los 18 años, se deberá presentar copia de la cédula de ciudadanía, para tener continuidad en la prestación de los servicios.

---

**CAUSALES DE RECHAZO DE LA DOCUMENTACIÓN**

\* Formato(s) y/o documento(s) mal diligenciado(s).

\* Formato(s) y/o documento(s) con enmendadura(s).

\* Formato(s) y/o documento(s) con información incompleta.

\* Formato(s) y/o documento(s) ilegible(s).

\* Formato(s) sin la firma del empleador y/o el trabajador.