

**FORMULARIO DE AFILIACIONES Y NOVEDADES DE TRABAJADORES
DEPENDIENTES Y SU GRUPO FAMILIAR**-Por favor leer las indicaciones al respaldo antes de diligenciar
-Diligenciar este formato con letra clara, legible y sin tachones.

Versión	1
F. Aprobación	20/10/2020
Código	FO-MISF-AFI-04

I. TIPO DE NOVEDAD			N° de folios	Radicado
Afiliación de Trabajador <input type="checkbox"/>	Afiliación de trabajador y grupo familiar <input type="checkbox"/>	Actualización de Información <input type="checkbox"/>		
Traslado de trabajador <input type="checkbox"/>	Adición de personas a cargo de trabajador afiliado <input type="checkbox"/>	Reintegro <input type="checkbox"/>		

II. DATOS DEL EMPLEADOR	
NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/>	Nombre o Razón Social:
No:	

III. DATOS DEL TRABAJADOR									
Tipo de Identificación: TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/>		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Número de Identificación:									
Lugar y Fecha de Nacimiento		Lugar y Fecha de Expedición		Genero		Estado Civil			
D M A		D M A		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>		Soltero (*) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>			
Dirección de Residencia:		Barrio de Residencia:		Municipio de Residencia:		Departamento de Residencia:		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
Estrato:		Teléfono casa:		Número de celular:		Correo electrónico (si lo tiene):		País de residencia	
Nivel Educativo (*)		Ocupación / Profesión		Tipo de contrato (*)		Fecha Ingreso a la Empresa		Salario Mensual	
D M A								\$	
Dirección donde trabaja:		Barrio donde trabaja:		Municipio donde trabaja:		Zona donde Labora		Teléfono Oficina:	
Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>								Si labora por horas, Cuántas al mes?	
Orientación Sexual		Pertenencia étnica (*)		Factor de vulnerabilidad (*)					
Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Información no disponible <input type="checkbox"/>									

* Ver descripción e indicaciones para estos conceptos al reverso del formulario.

IV. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)									
Tipo de Identificación: TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/>		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Número de Identificación:									
Lugar y Fecha de Nacimiento		Lugar y Fecha de Expedición		Genero		Dirección:		Barrio:	
D M A		D M A		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>					
Teléfono:		Celular:		Correo electrónico (si lo tiene):					
Ocupación		E(La) conyuge recibe cuota monetaria		¿Por cuál Caja de Compesación?					
Ama de casa <input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Estudia <input type="checkbox"/> No trabaja <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
¿Desea incluir a su cónyuge o compañero(a) a su grupo familiar?								SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

V. INFORMACIÓN PARA AFILIACIÓN DE GRUPO FAMILIAR																
(Ingrese aquí las personas que desea registrar como sus beneficiarios)																
(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la circular 02 de 2016 de la Superintendencia de Subsidio Familiar)																
Tipo de Doc	N° de Identificación	Apellidos y Nombres Completos	Parentesco					Discapacitado	Fecha de Nacimiento			Fecha de Expedición Doc			Sexo	
			Cónyuge	Hijo	Hijastro	Padre/Madre	Hno. Hermano		D	M	A	D	M	A	M	F

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para COMFACTOR, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para informarte todo lo que tenemos para ti.

VI. AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES												
Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informado (a) a Comfactor, identificada con NIT: 891.080.005-1 para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí incluidos mis beneficiarios y los menores de edad o personas en condición de discapacidad que se encuentran a mi cargo o represento, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a sus filiales, vinculadas y/o aliados comerciales estratégicos en virtud de la función que le compete como administradora del Sistema de Subsidio Familiar y el desarrollo de su objeto social así como fines administrativos y de mercadeo, los cuales serán tratados conforme a la ley 1581 de 2012, decreto 1377 de 2013 y decreto 886 de 2014. Así mismo declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento de acuerdo a las políticas establecidas por COMFACTOR para tal fin que podrá consultar en https://www.comfactor.com.co/												

Declaro Bajo gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Cumplo con las condiciones para ser afiliado al Subsidio Familiar y servicios sociales que ofrece la Caja. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley. Cualquier falsedad u omisión voluntaria conlleva a la anulación de esta declaración. La omisión a este requisito puede generar falsedad documental, investigada penalmente.

Firma del empleador _____

Firma trabajador _____

Cedula: _____

VIII. ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE COMFACTOR			
Recibe subsidio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Observaciones:	Firma y Sello de Radicación	Firma y Sello de Digitación
Numero de Beneficiarios:			
Revisado por:	Digitado por:	Fecha:	
			Información sujeta a verificación

Motivo de devolución (ver respaldo):

Número de documentos aceptados	Registro Civil	Declaración Juramentada	Cert. De Estudio	Copia de Cédula	Cert. Laboral Cónyuge	Copia Tarj. Identidad	Custodia Legal	Certificado EPS Padres	Registro Defunción	Certificado de Discapacidad	Recuerde que para acreditar derecho a subsidio familiar monetario no se reciben documentos parciales

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CÓRDOBA - COMFACTOR Nit. 891080005-1 Cra 9 N° 12 -01 Montería www.comfactor.com.coVisitenos en la web en <http://www.comfactor.com.co/subsidio-familiar>

Línea nacional gratuita de atención al cliente 01 8000 400 361, Teléfonos: 316 691 2754 - 320 570 2826 - 313 417 8705 - (4) 791 0150

Para peticiones, quejas y reclamos: www.comfactor.com.co opción PQRS

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO	
1. Diligencie completamente el formulario preferiblemente en letra imprenta o a máquina, sin tachones, enmendaduras, repisados, ni uso de corrector.	 
2. Escriba correctamente el número de identificación del trabajador y el NIT. Del empleador.	
3. Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación este completa, correcta y los soportes requeridos correspondan con los solicitados de acuerdo con la circular 02 de 2016 de Superintendencia del Subsidio Familiar.	
4. No utilice números romanos en el diligenciamiento del formulario.	
5. Utilice siempre cuatro dígitos para el año y dos para el mes y día.	
6. En caso de quedar información o documentos pendientes debe diligenciar otro formato.	
7. Recuerde que no se deben dejar campos en blanco dentro del formulario.	

RECUERDE QUE PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA DEBE CUMPLIR LAS SIGUIENTES CONDICIONES
1. Debe ser trabajador permanente que labore un mínimo de 96 horas por mes, con una remuneración mensual igual o inferior al equivalente a cuatro salarios mínimos legales vigentes y tener personas legalmente a cargo. Art. 3 Ley 789/2002
2. Se considerarán personas a cargo únicamente:
- Los hijos, hijastros o hermanos huérfanos de padres menores de 18 años. Para los hijos o hermanos huérfanos mayores de 12 años se requiere adjuntar certificados de estudio. Si son discapacitados deben acreditar dicha condición con el respectivo certificado de la EPS, que cumpla con los parámetros normativos.
- Los padres mayores de 60 años que dependan económicamente del trabajador y que ninguno de los dos reciba renta, pensión ni salario.
3. Si el trabajador labora en más de una empresa, se tendrá en cuenta la suma de los ingresos recibidos en cada empleo.
4. Se tendrá en cuenta la suma de los ingresos laborales de los dos padres, y en caso de que estos no superen los cuatro salarios mínimos, se pagará cuota monetaria a cada padre por los mismos hijos sobre los que se demuestre el derecho.
5. Si sumados los ingresos laborales del trabajador y su cónyuge no superan los seis salarios mínimos legales vigentes, sólo se pagara cuota monetaria a uno de los padres por los hijos sobre los cuales demuestre el derecho.
6. Si sumados los ingresos laborales de los dos padres superan seis salarios mínimos legales vigentes ninguno podrá recibir cuota monetaria.
Nota: Si se cumple con los anteriores requisitos se debe adjuntar la documentación exigida para cada caso, de acuerdo con la guía de afiliación que se encuentra disponible en nuestra página web y para que la afiliación sea válida, la empresa debe estar afiliada a la Caja de Compensación y el trabajador debe cumplir con todas las condiciones del Régimen del Subsidio Familiar.

CAUSALES DE DEVOLUCIÓN
1. Formatos y documentos: <input type="checkbox"/> Mal diligenciados <input type="checkbox"/> Incompletos <input type="checkbox"/> Enmendados <input type="checkbox"/> Ilegibles
Ítems: _____
2. Marque los anexos faltantes o inconsistencias presentadas
<input type="checkbox"/> Copia de registro civil de _____ que acredite parentesco.
<input type="checkbox"/> Certificado de estudio del presente año de _____
<input type="checkbox"/> Certificado de EPS donde demuestre discapacidad _____
3. Otro ¿Cuál? _____

INDICACIONES ADICIONALES
(*) Soltero: El estado "Soltero" se refiere a alguien que no ha estado casado ni ha vivido en unión libre.
(*) Nivel educativo: Preescolar - Básica - Secundaria - Media - Básica adultos - Secundaria adultos - Media adultos - Primera infancia - Técnico/Tecnológico - Profesional Universitario - Posgrado/Maestría - Ninguno - Información no disponible.
(*) Tipo de contrato: Término fijo - Término indefinido - Prestación de servicios - Aprendices - Temporales.
(*) Pertenencia étnica: Afrocolombiano - Comunidad negra - Indígena - Palenquero - Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina - Room/gitano - No se auto reconoce en ninguno de los anteriores - No disponible.
(*) Factor de vulnerabilidad: Desplazado - Víctima del conflicto armado (No desplazado) - Desmovilizado o reinsertado - Hijo(as) de desmovilizados o reinsertados - Damnificado desastre natural - Cabeza de familia - Hijo(as) de madres cabeza de familia - En condición de discapacidad - Población migrante - Población zonas frontera (Nacionales) - Ejercicio del trabajo sexual - No aplica - No disponible.

Señor Afiliado, se informa que puede radicar documentos y aclarar cualquier inquietud desde los diferentes Centros Integrales de Servicios (CIS) de Comfacor en los municipios del departamento de Córdoba, la información de estos CIS puede ser consultada desde nuestra pagina web www.comfacor.com.co

Si requiere mayor orientación en el diligenciamiento del formulario, consultar el link <https://www.comfacor.com.co/servicios/requisitos-para-acceder-al-subsidio-comfacor/>, en la página web de la Caja.

Dirección Sede Principal: Calle 9 # 12 - 01 Barrio Buenavista

Si tienes alguna inquietud puedes comunicarte al Centro de Atención al Cliente (CAC) por los canales:

Telefonos: 316 691 2754 - 320 570 2826 - 313 417 8705 - (4) 791 0150

Línea gratuita nacional: 01 8000 400 361



Recuerda que debes ingresar a la página web para identificar el caso de tu grupo familiar y conocer documentos anexos para evitar inconvenientes al momento de la actualización de afiliación.

www.comfacor.com.co

- ☺ Trabajador con cónyuge.
- ☺ Trabajador con cónyuge, hijos e hijastros.
- ☺ Trabajador separado o soltero con hijos.
- ☺ Trabajador con hermanos huérfanos de padres.
- ☺ Trabajador con padres mayores de 60 años QUE DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DE ÉL