



FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES, PENSIONADOS Y PERSONAS A CARGO

Código: FD-AF-01

Versión: 02 19-Nov-2019

TRASLADO A OTRA EMPRESA <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN DE NUEVO TRABAJADOR <input type="checkbox"/> REINGRESO <input type="checkbox"/> ADICIÓN DE BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	TIPO DE TRABAJADOR: DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE/FACULTATIVO <input type="checkbox"/> MADRE COMUNITARIA <input type="checkbox"/>	JUBILADO/PENSIONADO <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE RÉGIMEN ESPECIAL <input type="checkbox"/> EMPLEADA SERVICIO DOMÉSTICO <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/> CUAL <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

DATOS DE LA EMPRESA

NIT O CC:	Nombre o Razón Social:		
Dirección:	Teléfono:	Municipio:	Sucursal:

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres		Primer Apellido				Segundo Apellido				T.J. <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	
F. Nacimiento		Sexo		Orientación Sexual				Dirección Residencia		País de Residencia		No Teléfono	No Celular
Día	Mes	Año	F	M	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Ninguna					
Municipio Labor			Área Geográfica			Departamento		Tipo de Vivienda			Correo Electrónico		
			Urbana Rural Agrícola			N.A. Familiar Propia Arrendada							
Ingreso Empresa		Salario básico		Ocupación (Profesión)				Horas		Tipo de Contrato		Fecha de Terminación	
Día	Mes	Año							Fijo Indefinido		Día	Mes	Año
ESTADO CIVIL				NIVEL DE ESTUDIOS									
Soltero Casado Viudo Separado U. Libre				Preescolar		Básica		Secundaria		Media		Tecnológico Universitario Postgrado No Formal Ninguno	
Pertencia Étnica						Factor de Vulnerabilidad							
Raízal Afro Room Palenquero Indígena Comunidades Negras No se Reconoce						Desplazado		Victima del Conflicto A.		Desmovilizado		Hijo de Desmovilizado	
						Dañificado		Cabeza de F.		Hijo de Cabeza de F.		Discapacitado Migrante Trabajo Sexual	

DATOS DEL CONYUGUE O COMPAÑERA (O) PERMANENTE

Nombres completos		Primer apellido			Segundo apellido			Cedula					
Ciudad de Residencia		Dirección		Teléfono		Correo			Ocupación		Nivel Educativo		Estado Civil
Fecha N.		Trabaja		NIT O CC de la empresa				Nombre de la empresa con la cual trabaja					
Día	Mes	Año	SI	NO									
Cargo que desempeña			Salario básico			Recibe Subsidio		Nombre de la Caja que Recibe					
			\$			SI NO							

Presentar Constancia laboral del Cónyuge o Compañera permanente si Labora

DATOS DE LA PERSONA A CARGO

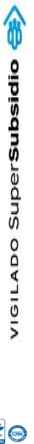
Documento de Identidad	PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR						Ciudad de Residencia	PARENTESCO							FECHA			
	(Que dependen económicamente)							Sexo	Hijo	Hijastro	Hermano	Madre	Padre	Invalidaz	Día	Mes	Año	
	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES COMPLETOS			F												M

Manifiesto que los datos anteriormente relacionados son ciertos, por lo cual nos ratificamos en concordancia con las definiciones de la ley

FIRMA DEL TRABAJADOR _____ CC No _____ FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA _____	FIRMA DEL CONYUGUE _____ CC No _____ LUGAR Y FECHA _____
--	--

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACHOCO

Recibido por	Fecha de Recepción	Observaciones:
	DÍA MES AÑO	



		REQUISITOS PARA AFILIACION DEL TRABAJADOR, PENSIONADO, MIGRANTE O INDEPENDIENTE Y/O PERSONAS A CARGO								
		REQUISITOS DOCUMENTALES A PRESENTAR EN LA AFILIACION				PERSONA A CARGO				
		TRABAJADOR DEPENDIENTE	PENSIONADO	MIGRANTE	INDEPENDIENTE	CONYUGE	HIJO	HIJASTRO	HERMANDO HUERFANO DE PADRES	PADRES MAYORES DE 60 AÑOS
1	Formulario debidamente diligenciado en letra legible, sin enmendaduras, lo Puede descargar de la página. www.comfachoco.com.co , en la parte inferior de la página lo encontrarán o solicitarlo a nuestro correo electrónico, Subsidios@comfachoco.com.co , o físicamente en nuestra sede principal de la Calle 23 # 4-31 B/ Yesquita.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Fotocopia ampliada del documento de identificación personal del trabajador Dependiente, Independiente, Pensionado o Migrante. Si la afiliación es por primera vez.	X	X	X	X					
3	Carta de solicitud de afiliación		X	X	X					
4	Certificación del desprendible de pago de la mesada pensional o Resolución que acredite condición de pensionado.		X							
5	Documento Certificado, expedido por autoridad competente que acredite su residencia en el exterior (puede ser el Certificado de Supervivencia).			X						
6	Certificado de ingreso expedido por un contador público, si es contratista anexar copia del contrato de prestación de Servicios, firmado por las partes interesadas.				X					
7	Anexar fotocopia de cedula del contador y tarjeta profesional				X					
8	Anaxar soporte de pago de la Planilla Integrada de Liquidacion de Aportes (PILA) a la Seguridad Social.				X					
9	Fotocopia de documento de identificación de cónyuge.					X				
10	Fotocopia de los documentos de identidad de Las personas a cargo (Registro civil de nacimiento de los hijos, hermanos o hijastros, según el caso, donde conste nombre del padre y la madre, para demostrar parentesco. En caso que en el Registro Civil, la madre figure con Tarjeta de Identidad y ya sea mayor de edad, esta						X	X	X	X
11	Registro civil de nacimiento del trabajador, donde conste el nombre del padre y la madre, para demostrar parentesco								X	X
12	Certificado de defunción del padre y de la madre y copia de cedula de ciudadanía de ambos, para verificar fallecimiento en la Registraduría Nacional del Estado Civil.								X	
13	Partida de matrimonio en caso de existir vínculo matrimonial.					X	X	X		
14	Certificado de escolaridad original o Boletín de calificaciones. Debe presentarse por los beneficiarios entre los 12 y 18 años. Para la Renovación la fecha límite de entrega es la primera semana de marzo de cada año. Si su beneficiario cumple 12 años durante el año actual preséntelo para que no pierda el beneficio del Subsidio Familiar. Los estudiantes universitarios, técnicos y tecnólogos o quienes cursen cualquier grado por semestres; deberán renovarlo igualmente durante la primera semana de agosto de cada año.						X	X	X	
15	Certificado médico de discapacidad emitido por su EPS o Entidad competente, donde conste la capacidad física disminuida que le impida trabajar, indicando tipo de discapacidad, únicamente para personas a cargo inválidas o de capacidad física disminuida que les impida trabajar.						X	X	X	X
16	Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente, Si el (a) cónyuge no labora, diligenciar el formato de la declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo.					X				
17	Manifestación de dependencia económica rendida por los padres, firmado por el trabajador, padre y madre, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo y Certificado de su EPS, donde conste el tipo de afiliación.									X
18	Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica de los hijos, hermanos huérfanos e hijastros. Manifestación de unión libre con la madre o padre, declaración juramentada, preferiblemente firmada por la madre: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.						X	X	X	X
19	Custodia expedida por las entidades competentes: 1. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. 2. Comisaría de Familiar. 3. Juzgado de familia. 4. La declaración extra proceso en la notaría, juez de paz o secretaria de gobierno NO es válida ni reemplaza este documento. Nota: En ausencia de este las funciones le corresponden al Inspector de Policía.							X	X	
INFORMACIÓN IMPORTANTE										
<p>1. Los hermanos DEBEN ser huérfanos de padre y madre. Se pueden afiliar hasta las 18 años cumplidos.</p> <p>2. El padre y la madre del trabajador pueden afiliarse, siempre y cuando sean mayores de 60 años o menores de 60 años si son discapacitados. Ninguno de los dos reciba salario, renta o pensión alguna y dependan económicamente del trabajador.</p> <p>3. Los padres sólo podrán estar afiliados por uno de sus hijos y en una sola Caja de Compensación Familiar del país.</p> <p>4. Comfachoco le brinda a la empresa la opción de realizar la afiliación de sus trabajadores y beneficiarios a través de correo electrónico. Para realizar este proceso, sólo debe escribirnos al correo subsidios@comfachoco.com.co, solicitando afiliación a nuestra Caja de Compensación Familiar del Choco "COMFACHOCO" de trabajadores o empresas.</p> <p>5. Estimado Trabajador lo invitamos a consultar periódicamente el saldo del Subsidio Familiar en dinero con lo cual, entre otros, podrá realizar oportunamente sus reclamaciones. El asumir que se le está consignando sin realizar la debida consulta, no es excusa para reclamar saldos no pagados.</p>										
<p>INSTRUCTIVO: Por favor verificar con detenimiento las siguientes instrucciones para el correcto diligenciamiento del formulario:</p> <p>1. Diligenciar solo con lapicero de tinta NEGRA, letra legible sin enmendaduras.</p> <p>2. No se aceptan tachones, borrones ni enmendaduras, ni corrector líquido y la letra debe ser muy clara.</p> <p>3. El diligenciamiento incorrecto de esta solicitud o sus anexos ocasionará la devolución de ésta y el no procesamiento de la misma.</p>										