



FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES, PENSIONADOS Y PERSONAS A CARGO

Código FD-AF-01

Versión 02

19-Nov-2019

TRASLADO A OTRA EMPRESA
INSCRIPCIÓN DE NUEVO TRABAJADOR
REINGRESO
ADICIÓN DE BENEFICIARIO

Form input boxes for employee status

TIPO DE TRABAJADOR:

DEPENDIENTE
INDEPENDIENTE/FACULTATIVO
MADRE COMUNITARIA

JUBILADO/PENSIONADO
DEPENDIENTE RÉGIMEN ESPECIAL
EMPLEADA SERVICIO DOMÉSTICO

OTROS
CUAL

DATOS DE LA EMPRESA

Form fields for company data: NIC O CC, Nombre o Razón Social, Dirección, Telefono, Municipio, Sucursal

DATOS DEL TRABAJADOR

Form fields for worker data: Nombres, Primer Apellido, Segundo Apellido, F. Nacimiento, Sexo, Orientación Sexual, Dirección Residencia, País de Residencia, No Teléfono, No Celular, Municipio Labor, Área Geográfica, Departamento, Tipo de Vivienda, Correo Electrónico, Ingreso Empresa, Salario básico, Ocupación(Profesión), Horas, Tipo de Contrato, Fecha de Terminación, ESTADO CIVIL, NIVEL DE ESTUDIOS, Pertenencia Étnica, Factor de Vulnerabilidad

DATOS DEL CONYUGUE O COMPANERA (O) PERMANENTE

Form fields for spouse/partner data: 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, Cargo que desempeña, Salario básico, Recibe Subsidio, Nombre de la Caja que Recibe

Presentar Constancia laboral del Cónyuge o Compañera permanente si Labora

DATOS DE LA PERSONA A CARGO

Table with columns: Documento de Identidad, PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRES COMPLETOS), Ciudad de Residencia, PARENTESCO (Sexo, Hijo, Hijastro, Hermano, Madre, Padre, Invalidez), FECHA (Día, Mes, Año)

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

Form fields for signatures: FIRMA DEL TRABAJADOR, FIRMA DEL CONYUGUE, CC No, FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA, LUGAR Y FECHA

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACHOCO

Form fields for COMFACHOCO use: Recibido por, Fecha de Recepción (DÍA, MES, AÑO), Observaciones

		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
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. Sila 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	Anexar soporte de pago de la Planilla Integrada de Liquidación 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	Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor. (Trabajador Soltero o Separado con Hijos)						X			
12	Registro civil de nacimiento del trabajador, donde conste el nombre del padre y la madre, para demostrar parentesco								X	X
13	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	
14	Partida de matrimonio en caso de existir vínculo matrimonial.					X	X	X		
15	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	
16	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
17	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				
18	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
19	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
20	Custodia expedida por la 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										
<ol style="list-style-type: none"> Los hermanos DEBEN ser huérfanos de padre y madre. Se pueden afiliar hasta los 18 años cumplidos. 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. Los padres sólo podrán estar afiliados por uno de sus hijos y en una sola Caja de Compensación Familiar del país. 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. 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. 										
INSTRUCTIVO: Por favor verificar con detenimiento las siguientes instrucciones para el correcto diligenciamiento del formulario: <ol style="list-style-type: none"> Diligenciar solo con lapicero de tinta NEGRA, letra legible sin enmendaduras. No se aceptan tachones, borrones ni enmendaduras, ni corrector liquido y la letra debe ser muy clara. El diligenciamiento incorrecto de esta solicitud o sus anexos ocasionará la devolución de ésta y el no procesamiento de la misma. 										