



FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES, PENSIONADOS Y PERSONAS A CARGO

Código: FO-SB-06

Versión: 02

Fecha: noviembre 19 de 2019

<input type="checkbox"/> 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 INDEPENDIENTE/FACULTATIVO MADRE COMUNITARIA	<input type="checkbox"/> JUBILADO/PENSIONADO <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE RÉGIMEN ESPECIAL <input type="checkbox"/> EMPLEADA SERVICIO DOMÉSTICO	<input type="checkbox"/> OTROS CUAL _____ _____
--	--	--	--

DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido		T.I. <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
Pertenencia Étnica						Factor de Vulnerabilidad							
Raizal	Afro	Room	Palanquero	Indegna	Comunidades Negras	No se Reconoce	Desplazado	Víctima del Conflicto A.	Desmovilizado	Hijo de Desmovilizado			
							Damnificado	Cabeza de F.	Hijo de Cabeza de F.	iscapacitado	Migrante	Trabajo Sexual	

DATOS DEL CONYUGUE O COMPANERA (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 (Que dependen económicamente)			Ciudad de Residencia	PARENTESCO							FECHA		
	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES COMPLETOS		Sexo	Hijo	Hijastro	Hermano	Madre	Padre	Invalidez	Día	Mes	Año

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

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

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACHOCO

Recibido por	Fecha de Recepción	Observaciones:
	DÍA MES AÑO	

VIGILADO SuperSubsidio



FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES, PENSIONADOS Y PERSONAS A CARGO

Código: FO-SB-06

Versión: 02

Fecha: noviembre 19 de 2019

 REQUISITOS PARA AFILIACION DEL TRABAJADOR, PENSIONADO, MIGRANTE O INDEPENDIENTE Y/O PERSONAS A CARGO		TRABAJADOR DEPENDIENTE	PENSIONADO	MIGRANTE	INDEPENDIENTE	PERSONA A CARGO				
						CONYUGE	HIGO	HIASTRO	HERMANDO HUERFANO DE PADRES	PADRES MAYORES DE 60 AÑOS
REQUISITOS DOCUMENTALES A PRESENTAR EN LA AFILIACION										
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	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 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

- 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 Chocó "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:

- Diligenciar solo con lapicero de tinta NEGRA, letra legible sin enmendaduras.
- No se aceptan tachones, borrones ni enmendaduras, ni corrector líquido 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.