

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación		C.C. T.I. C.E. R.C.	Lugar y fecha de expedición		Sexo	M	CAUSAL NO ACEPTACIÓN	
Primer apellido		Segundo apellido		F				
Nombres		Fecha de Nacimiento		Teléfono				
Dirección Residencia		BARRIO		AÑO MM DD				
Correo Electrónico								
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)								
CUIDAD		Fecha de Ingreso a la empresa		Horas labor mes		CARGO		SUELDO BÁSICO
		AÑO MM DD						
Tipo de contrato Administrar Recursos Públicos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO Servidor Público <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO Nivel Escolaridad								
Profesión Presenta Discapacidad alguna <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO Tipo de Discapacidad								
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior								
SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.								SUELDO BÁSICO
VIVIENDA <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Hipoteca			ORIENTACIÓN SEXUAL <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual					
Factor de Vulnerabilidad								
<input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Población migrante			<input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) <input type="checkbox"/> Hijo(a) de madres cabezas de familia <input type="checkbox"/> Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado			<input type="checkbox"/> Desmovilizado o reinsertado <input type="checkbox"/> En condición de discapacidad <input type="checkbox"/> Ejercicio del trabajo sexual		
						<input type="checkbox"/> Damnificado desastre natural <input type="checkbox"/> Población zonas frontera (Nacionales) <input type="checkbox"/> No aplica		
Pertenencia étnica								
<input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Comunidad negra <input type="checkbox"/> Indígena palenquero <input type="checkbox"/> Raizal del archipiélago de San Andrés <input type="checkbox"/> Providencia y santa catalina <input type="checkbox"/> Room /Gitano <input type="checkbox"/> No aplica								

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		Teléfono
NIT, C.C. o C.E.	Dependencia	

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido		Segundo apellido		Fecha de Nacimiento		Recibe subsidio	
				AÑO MM DD		SI <input type="checkbox"/>	
Adición Nombres		DOCUMENTO PENDIENTE		NO <input type="checkbox"/>			
Retiro Tipo y número de identificación		EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA		CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)		SUELDO BÁSICO	
C.C. T.I. C.E. R.C.							
En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado							

Solicitud de Datos Personales

Yo, _____ expedida en _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Firma del trabajador(a) C.C. T.I. R.C o C.E. No.		Firma y sello del empleador		Comfacasanare Jefatura de Aportes y Pagos		La información de este formato está sujeta a verificación	
OBSERVACIONES:							

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
 Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
 Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
 Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
 Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

RECOMENDACIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

1. Escriba en cada campo una letra por casilla, diligencie en letra clara y legible; evite devoluciones.
2. Diligencie completamente el formato.
3. Escriba correctamente la identificación del trabajador y el NIT de la empresa.
4. Escriba el número de dependencia.
5. Utilice números arábigos, no use números romanos.
6. Utilice cuatro (4) dígitos para el año y dos (2) para mes y día.
7. Escriba siempre el número de identificación de su beneficiario (cónyuge).
8. En caso de quedar documentos pendientes, se debe diligenciar nuevo formato adjuntándolos.

REQUISITOS GENERALES

REQUISITOS GENERALES OBLIGATORIOS

1. Formulario de afiliación
2. Cédula de Ciudadanía de trabajador

REQUISITOS ESPECÍFICOS TRABAJADOR SOLTERO

Los requisitos generales

CON CÓNYUGE SIN HIJOS

Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente.

CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente.
Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente.

Si el (a) conyuge no labora, diligenciar el formato de la declaración juramente expedido por el Ministerio del trabajo.

Manifestación del estado civil: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, Preferiblemente con firma de la madre.

Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.

Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.

Nota: Si la caja de compensación familiar realiza directamente el cruce con el establecimiento educativo pueden omitir este requisito.

Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

CON CÓNYUGE E HIJASTROS

Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente.
Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente.

Si el (a) cónyuge no labora, diligenciar el formato de la declaración juramente expedido por el Ministerio del Trabajo.

Declaración de dependencia económica de los hijastros: utilizar formato establecido por el Ministerio de Trabajo.

Manifestación de la unión libre: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

Registro civil de nacimiento de los hijastros para acreditar parentesco con el adre aportante, sin autenticar legible y no interesa la vigencia.

Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.

Nota: Si la caja de compensación familiar realiza directamente el cruce con el establecimiento educativo pueden omitir este requisito.

Custodia expedida por autoridad competente.

Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida, indicando tipo de discapacidad: no se debe exigir porcentaje.

Dependencia económica: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

TRABAJADOR SEPARADO CON HIJOS

Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor.

Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.

Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.

Nota: Si la caja de compensación familiar realiza directamente el cruce con el establecimiento educativo, pueden omitir este requisito.

Custodia o declaración juramentada, preferiblemente firmada por la madre, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

TRABAJADORA SOLTERA CON HIJOS

Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.

Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.

Nota: Si la caja de compensación familiar realiza directamente el cruce con el establecimiento educativo, puede omitir este requisito.

Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

Nota: Se refiere a los menores en cuyo registro civil figure únicamente la madre.

PADRES

Documento de identificación del padre o madre, si es por primera vez.

Registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco. Fotocopia simple, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.

Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, firmado por el trabajador y padre, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación.

Declaración de no recibir pensión, salario, ni renta, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES

Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

Registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco: fotocopia simple, sin limite de fecha.

Registro civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad: fotocopia simple, sin limite de fecha.

Registro civil de defunción de los padres.

Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.

Nota: Si la caja de compensación familiar realiza directamente el cruce con el establecimiento educativo, pueden omitir este requisito.

Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad. Para la categoría "C", no se exigirán los documentos previstos para el reconocimiento de los subsidios establecidos en la ley.

NOTA: El trabajador firma con el número de identificación bajo la gravedad de juramento, declarando que los datos que contiene el presente formato son exactos. EL empleador firma y sella en constancia y visto bueno.

CAUSALES DE NO ACEPTACIÓN Y DOCUMENTOS PENDIENTES

1. Formulario incompleto o ilegible.

2. Documentos pendientes por adición o retiro del cónyuge del trabajador (beneficiario de Subsidio Familiar por hijos (s)).

Declaración extra juicio o juramentada del cónyuge indicando actividad económica.

Certificado laboral del cónyuge indicando salario y si recibe o no subsidio familiar.

Sentencia de separación que indique convivencia de hijos.

El Subsidio Familiar de (los) hijo(s) _____ ha sido suspendido.

Para restaurar el derecho a esta prestación es necesaria la presentación del documento pendiente a la mayor brevedad.

MAYOR INFORMACIÓN:

Aportes y Pagos **COMFACASANARE:**

Carrera 21 No. 6-29, Barrio Centro

Teléfonos: 6357787 - 6357698

Correo Electrónico:

aportesypagos@comfacasanare.com.co