

**DEPENDIENTE Y GRUPO FAMILIAR**
**Importante: Por favor leer instrucciones al respaldo. Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta color negro.**
**A. TIPO DE AFILIACIÓN**

 INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR 

 AFILIACIÓN PERSONAS A CARGO 

 ACTUALIZACIÓN DE DATOS 
**B. DATOS DEL TRABAJADOR**

Tipo y No. de Identificación			Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
C.C.	C.E.	T.I.				
Departamento		Ciudad/Municipio		Dirección	Barrio	Zona: Rural    Urbano
Teléfono Fijo		Celular		Correo Electrónico	Nivel de Escolaridad	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil:	Soltero	Casado	Unión Libre	Viudo	Separado
Fecha de Nacimiento:					Día	Mes    Año

**C. DATOS DEL EMPLEADOR**

Tipo Y No. de Identificación			Nombre de la Empresa / Razón Social			Sucursal o Municipio	Fecha de Ingreso					
NIT	C.C.	C.E.	D.V.				Día	Mes	Año			
Tipo de	Fijo	Variabl	Inegral	Horas Laborales	Salario Mes	Cargo que Desempeña			Sector Agrario	Si	Socio de la Empresa	Si
							No		No			No
Datos otras empresas para las cuales trabaja			Nombre de la Empresa/razón Social			Horas Laborales	Salario Mes					
Tipo y No. de Identificación												
NIT	C.C.	C.E.	D.V.									

**D. DATOS SENSIBLES: TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS**

¿Presenta alguna discapacidad?\* SI  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ NO

**Factor de Vulnerabilidad\***

<input type="checkbox"/> DESPLAZADO	<input type="checkbox"/> DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL	<input type="checkbox"/> POBLACION MIGRANTE
<input type="checkbox"/> VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (NO DESPLAZADO)	<input type="checkbox"/> CABEZA DE FAMILIA	<input type="checkbox"/> POBLACIÓN ZONA FRONTERAS (NACIONALES)
<input type="checkbox"/> DESMOVILIZADO O REINSERTADO	<input type="checkbox"/> HIJO (AS) DE MADRE CABEZA DE FAMILIA	<input type="checkbox"/> EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL
<input type="checkbox"/> HIJO (A) DE DESMOVILIZADOS O REINSERTADOS	<input type="checkbox"/> EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> NO APLICA

**Pertenencia Étnica\***

<input type="checkbox"/> AFROCOLOMBIANO	<input type="checkbox"/> COMUNIDAD NEGRA	<input type="checkbox"/> INDÍGENA	<input type="checkbox"/> PALENQUERO	<input type="checkbox"/> ROOM/GITANO
<input type="checkbox"/> RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA				
<input type="checkbox"/> NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES				

**Orientación Sexual\***

HETEROSEXUAL     BISEXUAL     HOMOSEXUAL

**Heterosexual:** persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.  
**Homosexual:** persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de su mismo sexo.  
**Bisexual:** persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de ambos sexos.

**E. DATOS CONYUGE O COMPANERO PERMANENTE**

Tipo y No. de Identificación			Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
C.C.	C.E.	T.I.					
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año	Ocupación o Cargo que Desempeña		
Tipo y No. de Identificación			Nombre de la Empresa / Razón Social			Salario	Recibe Subsidio
NIT	C.C.	C.E.	D.V.				SI    NO

**F. DATOS PERSONAS A CARGO**

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No. IDENTIFICACIÓN	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		PARENTESCO					DISCAPACITADO		
C.C.	C.E.	T.I.	R.C.						DÍA	MES	AÑO	FEMENINO	MASCULINO	MATRIMONIO DE	EXTRAMATRIMONIO DE	HUADOPTADO	HUASTRO	HUERFANO		DEGRADO MAYOR	

**G. DOCUMENTOS QUE DEBEN ANEXARSE A ESTA SOLICITUD**

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Comfamiliar Cartagena realice el tratamiento respectivo, consistente en la colección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir o compartir información relevante sobre características de los servicios, procesos y/o actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar o en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la caja, reconocimiento y pago de la cuota monetaria, notificar o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercadeo, circularla para fines publicitarios y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Dicho tratamiento se podrá realizar y suprimir mis datos personales, salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo en la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su política de protección de datos, según lo reglamentado por las leyes 1266 de 2008, 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfamiliar Cartagena y Bolívar para que verifique los datos aquí suministrados y que en caso de falsedad se proceda de conformidad con la ley.

\_\_\_\_\_ **Firma de empleador**

\_\_\_\_\_ **Firma y cédula del trabajador**

Todos los trabajadores que soliciten afiliación Comfamiliar Cartagena y Bolívar deben diligenciar éste formulario en letra legible, autorizándola con firma del Representante Legal o la de su Delegado, adjuntando las pruebas documentales requeridas, de acuerdo a la clase de afiliado y conforme a los requerimientos relacionados en la parte posterior.

Vici.ooo Super Subsidio

## REQUISITOS DE AFILIACIÓN DE EMPLEADORES

- ✓ Formulario de Solicitud de Afiliación.
- ✓ Copia de la certificación de Existencia y Representación Legal.
- ✓ Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal.
- ✓ Fotocopia del Rut.
- ✓ Nómina de trabajadores a cargo en el Departamento de Bolívar.

## REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

- ✓ Formulario de afiliación diligenciado.
- ✓ Fotocopia de identificación del trabajador.

## REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

<b>CÓNYUGE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Fotocopia del documento de identificación del Cónyuge.</li><li>✓ Fotocopia del registro civil de matrimonio o declaración juramentada (utilizar formato establecido por el Ministerio de Trabajo).</li></ul>
<b>HIJOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Registro civil de nacimiento legible para acreditar parentesco con el trabajador.</li><li>✓ Fotocopia de la tarjeta de identidad para los niños mayores de 7 años.</li><li>✓ Certificado de Estudio a partir de los 12 hasta los 18 años de edad, donde consta que estudia en un establecimiento oficialmente aprobado.</li></ul>
<b>HIJASTROS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Registro civil nacimiento legible para acreditar parentesco.</li><li>✓ Fotocopia de la tarjeta de identidad para los niños mayores de 7 años.</li><li>✓ Certificado de Estudio a partir de los 12 hasta los 18 años de edad, donde consta que estudia en un establecimiento oficialmente aprobado.</li><li>✓ Custodia expedida por entidad competente (ICBF, comisaria de familia, Juzgado de Familia, etc.).</li><li>✓ Certificación de la otra Caja de Compensación del Departamento, en la cual conste que los padres biológicos del menor no están recibiendo subsidio familiar en dinero por eso mismo hijo (a).</li><li>✓ Declaración de Dependencia económica de los hijastros (utilizar formato establecido por el Ministerio de Trabajo).</li></ul> <p>(se debe afiliar al cónyuge del trabajador)</p>
<b>PADRES</b>	<p>Deben tener más de 60 años, depender económicamente del trabajador afiliado y no deben recibir salario, renta o pensión alguna.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco con los padres.</li><li>✓ Fotocopia del documento de identidad de la madre y/o padre.</li><li>✓ Certificado de Afiliación a la EPS donde conste tipo de afiliación del padre.</li><li>✓ Declaración de dependencia económica de (los) padre (s) y de que ellos no reciben salario, renta o pensión alguna, firmado por el trabajador.</li></ul>
<b>HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES</b>	<p>Deben ser huérfanos de padre y madre y depender económicamente del trabajador.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Registro civil de nacimiento legible del trabajador para acreditar parentesco.</li><li>✓ Registro civil de nacimiento legible del hermano para acreditar parentesco con el trabajador.</li><li>✓ Fotocopia de la tarjeta de identidad para los niños mayores de 7 años.</li><li>✓ Certificado de Estudio a partir de los 12 hasta los 18 años de edad, donde consta que estudia en un establecimiento oficialmente aprobado.</li><li>✓ Registro civil de defunción de ambos padres.</li><li>✓ Declaración de dependencia económica del hermano (utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo).</li></ul>
<b>HIJOS, HIJASTROS, PADRES O HERMANOS HUÉRFANOS CON CAPACIDAD FÍSICA DISMINUIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Además de los documentos de afiliación requeridos para cada caso, se debe anexar certificación donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad, la cual debe ser expedida por la EPS o entidad competente para certificar discapacidad que le impida trabajar.</li></ul>

## PARA SER BENEFICIARIO DE LA CUOTA MONETARIA DEBE TENER EN CUENTA QUE:

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 a cargo. (Art.3, Ley 789/02).

2. Si el trabajador labora en más de una empresa, se tendrá en cuenta la suma de los salarios recibidos en cada empleo, (Art.20, Ley 21/82).

3. Se tendrá en cuenta la suma de los ingresos laborales de los padres, y en caso que NO superen los 4 (cuatro) SMLV, solo se pagará cuota monetaria a cada padre por los mismos hijos sobre los que se demuestre derecho. (Art. 3, Ley 789/02).

4. Si sumados los ingresos laborales del trabajador y su cónyuge no superan los 6 (seis) SMVL, pero si superan los 4 (cuatro) SMVL, solo se pagará cuota monetaria a uno de los padres por los hijos sobre los que demuestre derecho. (Art. 3, Ley 789/02).

5. Si sumados los ingresos laborales de los padres superan los 6 (seis) SMVL ninguno podrá recibir cuota monetaria. (Art. 3, Ley 789/02).

6. Los beneficiarios mayores de 12 años deben presentar certificado de estudio hasta los 18 años, expedido por un establecimiento educativo oficialmente aprobado, una vez al año para primaria y bachillerato y semestralmente para estudiantes universitarios.

7. Si alguno de los padres del trabajador recibe subsidio, renta laboral o es pensionado no podrá recibir subsidio familiar monetario. (Art. 3, Ley 789/02).

8. Solo podrá tener como beneficiario a sus padres un solo hijo. (Art. 36, Ley 21 de 1982).

## SUBSIDIO EXTRAORDINARIO

• **Limitado físicamente o discapacitado:** (Art. 3 Dec. 2463 de 2001) los padres, hijos y hermanos huérfanos de padre y madre que en cualquier edad se encuentran invalido o tengan discapacidad física disminuida deben presentar certificación expedida por un médico legista o laboral de la EPS donde se encuentre afiliado, que indique que tipo de discapacidad (mental, física o sensorial), aclarando si es permanente o transitoria, declaración juramentada donde conste convivencia y dependencia económica. (Descargar de la página web).

• En caso de defunción, se debe presentar registro civil de defunción, en el mes de la novedad. (Art. 37 Ley 21 de 1982).

**Para descargar formatos, debe dirigirse a la pagina [www.comfamiliar.org.zona.de.descargas](http://www.comfamiliar.org.zona.de.descargas).**

## Notas:

Aquellos trabajadores que no tienen derecho a cuota monetaria, igualmente deben relacionar a las personas de su grupo familiar, para la debida utilización de los programas y servicios que la Caja de Compensación ofrece a sus afiliados.

## Observaciones: