

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR



<b>MARQUE CON UNA X SEGÚN EL CASO</b>					
Trabajador Afiliado Dependiente		Afiliado pensionado			
Trabajador Afiliado Facultativo		Pensionado por fidelidad			
Inscripción de nuevas personas a cargo		Indique la última fecha de retiro			
ESPACIOS EN GRIS PARA USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO SANTANDER		Año	Mes		
		Día			

Código  Agencia

Tipo de identificación del aportante (empresa)

### DATOS DE LA EMPRESA

NIT	CC	PA	CE	No.	Digito de verificación	Representante Legal	Documento de identidad
Razón Social del Aportante (empresa)							
Dirección Empresa							
Barrio			Municipio			Departamento	
Teléfono							

### DATOS DEL TRABAJADOR SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD

TI	CC	PA	RC	CE	No.	Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre			
Fecha de Nacimiento		Código sexo		ESTADO CIVIL			Fecha de Vinculación con la empresa		Trabajador Servicio Doméstico		Carga Actual:		Salario Básico: \$		
Año Mes Día		M F		Casado		Unión libre		Soltero		Año Mes Día		Medio Tiempo		Fijo Variable	
				Divorciado		Separado		Viudo		SI NO		Trabajador exento de pago de aportes		Comisiones: \$	
												Horas		Salario Total: \$	
Dirección Residencial:												Teléfono			
Barrio:				Departamento:				Correo Electrónico:							
Municipio:				Zona		Nivel Educativo / Grado de Escolaridad									
				Urbana (Ciudad) Rural (Campo)		Sin estudio		Primaria		Secundaria		Intermedia		Universitaria	

### DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nit.	Nombre o Razón Social	Horas al mes trabajadas	Salario Mensual: \$
Nit.	Nombre o Razón Social	Horas al mes trabajadas	Salario Mensual: \$

### DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

TI	CC	PA	RC	CE	No.	Año	Mes	Día
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Fecha de Nacimiento		
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		
Vive con el (ella) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si no vive con el (ella) informe la dirección y teléfono						
Trabaja Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Independiente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Empresa		Carga Actual		
Salario Básico: \$		Recibe Subsidio en dinero Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En cuál caja de compensación familiar:				

### PERSONAS A CARGO

C u o t a M o n e t a r i a S e r v i c i o s	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	Código SEXO	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO				GRADO ESCOLARIDAD	DISCAPACITADO
							M	F	Año	Mes	Día	H I J O / A	H I J A S T R O / A		
	Escriba según corresponda: RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte														
	Tipo Número														

### DECLARACIÓN JURAMENTADA

**BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARAMOS QUE LOS DATOS ANTERIORMENTE RELACIONADOS SON EXACTOS, VERÍDICOS Y CORRESPONDEN A LA CONFORMACIÓN ACTUAL DEL GRUPO FAMILIAR DEL TRABAJADOR, ACEPTANDO QUE ESTA INFORMACIÓN ES LA QUE QUEDARÁ REGISTRADA A LA AFILIACIÓN EN COMFENALCO SANTANDER.**

Firma del Trabajador  
C.C. No.

Firma y Sello de la Empresa  
Nit. o C.C. No.

<p style="text-align: center;"><b>AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN</b></p> <p>Autorizo de manera expresa a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Santander para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de mis datos personales que reposan en la base de datos de afiliados, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a sus filiales o vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercado, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, envío de campañas, promociones o concursos comerciales o publicitarios, invitaciones a eventos, encuestas de calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables.</p> <p>Autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contactos, entre otros: Número de teléfono celular, correo electrónico, twitter, facebook, dirección de correspondencia, teléfonos fijos o cualquier medio de contacto que permita la tecnología.</p> <p>Si _____ NO _____</p> <p style="text-align: center;">Firma del Trabajador</p>	<p style="text-align: center;"><b>ESPACIO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO SANTANDER</b></p> <p style="text-align: center;">NÚMERO DE DOCUMENTOS ACEPTADOS</p> <p style="text-align: center;">La información de este formato está sujeta a verificación</p> <p>Fotocopia <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Declaración <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Certificado Laboral <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Padre/Madre Biológico <input type="checkbox"/> Juramentada <input type="checkbox"/> Escolaridad <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><b>FECHA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS</b></p>
--	---	---

INSTRUCCIONES	TRABAJADORES BENEFICIARIOS DEL SUBSIDIO EN DINERO Y SERVICIOS					OTROS BENEFICIARIOS
	TRABAJADOR	PERSONAS A CARGO				
		H I J O S E H I J A S T R O S	P E R S O N A S E N S I T U A C I O N D E D I S C A P A C I D A D	H E R M A N O H U E R F A N O D E P A D R E S	P A D R E S M A Y O R E S D E S E S E N T A A Ñ O S	C O N Y U G E O C O M P A Ñ E R O (A)
<p>Diligencie este formulario en letra imprenta sin enmendaduras ni tachones.</p> <p>Los formularios deben presentarse firmados por el empleador y el trabajador, anexando la documentación en cada caso como se muestra en el cuadro.</p> <p><b>RECUERDE QUE:</b> Tienen derecho a subsidio familiar en especie y servicios sociales los trabajadores cuya remuneración mensual fija o variable, no sobrepase los cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes, SMLMV, y las personas a cargo, incluyendo el (la) cónyuge:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hijos (legítimos, naturales, adoptivos y los hijastros) que no sobrepasen la edad de 18 años;</li> <li>Hermanos que no sobrepasen la edad de 18 años, huérfanos de padres;</li> <li>Padres del trabajador beneficiario mayores de 60 años.</li> </ol> <p>Darán derecho al subsidio familiar en dinero los hijos y los hermanos huérfanos, teniendo en cuenta que, entre los 12 y los 18 años de edad se deberá acreditar la escolaridad en establecimiento docente debidamente aprobado y los padres cuando ninguno de los dos reciba salario, renta o pensión alguna y en ambos casos que dependan económicamente del trabajador.</p> <p>Podrán cobrar simultáneamente el subsidio familiar por los mismos hijos el padre y la madre, cuyas remuneraciones sumadas no excedan de cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes, SMLMV.</p> <p>No podrá cobrar simultáneamente la cuota monetaria por los padres más de uno de los hijos trabajadores.</p>						
<p align="center"><b>DOCUMENTOS</b></p> <p>Por favor adjunte copia de los siguientes documentos, según la persona a su cargo o beneficiario que va a afiliar.</p>						
1. Formulario de inscripción del trabajador en original y copia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. Fotocopia del documento de identificación (De acuerdo con la edad).	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. Registro civil de nacimiento que demuestre parentesco. (legible, sin enmendaduras).						
<p>NOTA 1: En el caso de afiliación de los padres, debe presentar registro civil de nacimiento del trabajador.</p> <p>NOTA 2: En el caso de afiliación de Hermano huérfano, debe presentar registro civil de nacimiento del trabajador y del hermano, y registros civiles de defunción de los padres.</p> <p>NOTA 3: Para trabajador(a), soltero(a), separado o divorciado con hijos reconocidos por el padre o madre biológico, informar nombre completo y número de documento de identidad de dichos padres</p>		✓	✓	✓	✓	
4. Certificado de Escolaridad para hijos y hermanos mayores de 12 años, expedido por un establecimiento docente debidamente aprobado. La constancia debe ser renovada con la periodicidad del ciclo escolar correspondiente (anual, semestral, trimestral o bimestralmente).		✓		✓		
5. Si él o la cónyuge, compañero(a) trabaja, debe anexar certificado expedido por la empresa donde labora						
<p>NOTA: Para el pago simultaneo del subsidio a ambos progenitores, se debe contar con la certificación laboral de ingresos de la madre o padres biológicos, además certificación de si recibe o no subsidio por el mismo hijo.</p>		✓	✓			✓
6. Certificado Médico de la EPS o de cualquier entidad competente para certificar la discapacidad, en que conste la condición y el tipo de discapacidad.			✓			
7. Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación del padre del trabajador.						
<p>NOTA: Tipo de afiliación a EPS: Beneficiario o independiente cotizante sólo a salud. Si es cotizante independiente, presentar copia de planilla de pago PILA mas reciente</p>				✓		
8. Suscribir la "Declaración Juramentada", en la cual conste el tiempo de convivencia en unión libre y dependencia económica de las personas a cargo.						
<p>NOTA 1: En el caso de afiliación de los padres, debe firmar la declaración juramentada el trabajador y los padres.</p> <p>NOTA 2: Para unión libre se firma declaración Juramentada. Si el vínculo es el matrimonio, puede presentar registro civil o partida de matrimonio o declaración juramentada.</p> <p>NOTA 3: En la afiliación de cónyuge o compañero permanente, si implica dependencia económica la declaración juramentada debe ser firmada por el trabajador y por el cónyuge o compañero</p>		✓	✓	✓	✓	✓
9. Los documentos para la afiliación de los padres del trabajador, deben diligenciarse y / o presentarse por cada uno de ellos.						
<p>NOTA 1: Si sólo se afilia uno de los padres, se requiere que éste manifieste por escrito la no convivencia y / o la no dependencia económica con el padre que no se va a afiliar.</p> <p>NOTA 2: En caso que uno de los padres esté fallecido, suministrar el documento de defunción.</p>				✓		
10. Para la afiliación de hijastros, se requiere custodia expedida por la autoridad competente, otorgada al cónyuge y/o compañero del trabajador, en su condición de padre o madre biológico del menor.		✓				