Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR (A) DEPENDIENTE

Tipo de solicitud	
Inscripción del(a) trabajador(a) ◯	Inscripción de personas a cargo ◯

Radicado No.

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación *1		Razón social
N.I.T ◯ C.C ◯ P.A ◯ C.E ◯ C.D ◯ P.T ◯ S.C ◯	D.V	
Sucursal		**Agencia**

2. DATOS DEL (A) TRABAJADOR (A)

Documento de identificación *1	Fecha de expedición	Lugar de expedición	Fecha de nacimiento	Sexo
T. I ◯ C.C ◯ P.A ◯ C.D ◯ C.E ◯ P.T ◯ S.C ◯	(DD/MM/AAAA)		(DD/MM/AAAA)	F ◯ M ◯ NB ◯ T ◯

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Estado civil	Dirección de residencia
Casado(a) ◯ Divorciado(a) ◯ Unión libre ◯ Separado(a) ◯ Soltero(a) ◯ Viudo(a) ◯	

Barrio de residencia	Departamento de residencia	Municipio de residencia	Zona de residencia
			Urbana ◯ Rural ◯

Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Discapacidad	Tipo de Discapacidad	Nivel de escolaridad *7
Sí ◯ No ◯		

Orientación Sexual *2		Factor de Vulnerabilidad *3		Pertenencia Étnica *4	

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de retiro de ser el mismo empleador	Fecha de inicio	Jornada laboral	Cargo actual
(DD/MM/AAAA)	(DD/MM/AAAA)	Tiempo completo ◯ Tiempo medio ◯ Días ◯ Horas ◯	

¿Trabajador servicio doméstico?	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
Sí ◯ No ◯	Fijo ◯ Variable ◯			

¿Exento de pago de aportes?	Norma de la exención	Departamento del lugar de trabajo	Municipio del lugar de trabajo	Zona del lugar de trabajo
Sí ◯ No ◯				Urbana ◯ Rural ◯

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación *1	Fecha de expedición	Lugar de expedición	Fecha de nacimiento	Sexo
T. I ◯ C.C ◯ P.A ◯ C.D ◯ C.E ◯ P.T ◯ S.C ◯	(DD/MM/AAAA)		(DD/MM/AAAA)	F ◯ M ◯ NB ◯ T ◯

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Departamento de residencia	Municipio de residencia	Zona de residencia
		Urbana ◯ Rural ◯

Condición laboral	Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes
Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Pensionado(a) ◯ No labora ◯		

¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cuál Caja de Compensación Familiar?	Cuidador
Sí ◯ No ◯		Sí ◯ No ◯

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

	Documento de identificación		Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Fecha de nacimiento	Sexo M, F, NB, T *5	Parentesco *6	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad *7	Discapacidad Solo si aplica
	Tipo *1	Número										
1							(DD/MM/AAAA)			◯		◯
	Municipio de residencia			Departamento residencia			Zona de residencia	Urbana ◯ Rural ◯				
2							(DD/MM/AAAA)			◯		◯
	Municipio de residencia			Departamento residencia			Zona de residencia	Urbana ◯ Rural ◯				
3							(DD/MM/AAAA)			◯		◯
	Municipio de residencia			Departamento residencia			Zona de residencia	Urbana ◯ Rural ◯				
4							(DD/MM/AAAA)			◯		◯
	Municipio de residencia			Departamento residencia			Zona de residencia	Urbana ◯ Rural ◯				
5							(DD/MM/AAAA)			◯		◯
	Municipio de residencia			Departamento residencia			Zona de residencia	Urbana ◯ Rural ◯				

6. MEDIO DE PAGO DE CUOTA MONETARIA

Autorizo el pago de la cuota monetaria a través de entidad bancaria:			
Cuenta bancaria No	Tipo: Ahorro ◯ Corriente ◯	Billetera digital No	Adjunte la certificación expedida por su entidad bancaria: ◯

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (ATDP)

Al diligenciar este formulario autorizo a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Santander, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, incluyendo datos sensibles y de menores de edad aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento, con la finalidad de registrar mi afiliación y/o de mis beneficiarios en la Caja de Compensación y en el Sistema de Subsidio Familiar; reportar información a las entidades y autoridades de vigilancia y control; realizar consultas y reportes en centrales de riesgo; transmitir y/o transferir mis datos nacional e internacionalmente; contactarme para gestiones de cobro y/o envío de mensajes publicitarios o comerciales, a través de correo electrónico, correspondencia, llamada telefónica, aplicaciones web y mensajes SMS; y para las demás finalidades de la Política de Tratamiento de Información disponible en www.comfenalcosantander.com.co y en la Av. González Valencia No. 52-69 de Bucaramanga la cual declaro conocer y saber que allí se especifican cuáles datos sensibles. Así mismo, declaro conocer que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización. Igualmente declaro que poseo autorización de los otros titulares de datos que suministro (Beneficiarios, Grupo Familiar, Personas a cargo), para que Comfenalco Santander les dé tratamiento conforme a las finalidades de la Política mencionada. Para más información podré comunicarme al número de teléfono 607 6577000.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)

Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información quedará registrada en Comfenalco Santander.

Señor (a) trabajador (a):

Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

Firma del empleador

Número Documento Empleador

Firma del (a) trabajador(a)

Número Documento Trabajador (a)

dispapeles 88888

**Ver tabla en la parte posterior de la copia de este formulario.*

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL FORMULARIO

Use esta tabla como guía para diligenciar los datos del formulario

1. TIPO DE DOCUMENTO
(T.I) Tarjeta de identidad
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático
(S.C) Salvo Conducto

2. ORIENTACIÓN SEXUAL
1. Heterosexual
2. Homosexual
3. Bisexual

3. FACTOR DE VULNERABILIDAD
1. Desplazado
2. Víctima del conflicto armado (No desplazado)
3. Desmovilizado o reinsertado
4. Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados
5. Damnificado desastre natural
6. Cabeza de familia
7. Hijo (as) de madres cabeza de familia
8. En condición de discapacidad
9. Población migrante
10. Población zonas frontera (Nacionales)
11. Ejercicio del trabajo sexual
12. No aplica

4. PERTENENCIA ÉTNICA
1. Afrocolombiano
2. Comunidad negra
3. Indígena
4. Palanquero
5. Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
6. Room/gitano
7 No se auto reconoce en ninguno de los anteriores

5. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino
(NB)No Binario
(T) Transgénero

6. PARENTESO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a) Huérfano
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

7. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

- Diligencia este formulario en letra imprenta, sin tachones, enmendaduras. En caso de encontrarse alguna inconsistencia, el formulario será devuelto y deberá ser reemplazado.
- El formulario debe presentar firmado por el empleado y el trabajador(a) anexando la documentación en cada caso como se muestra a continuación.

REQUISITOS DE AFILIACIÓN

TRABAJADOR(A) SOLTERO(A)

- Copia del documento de identificación del(a) trabajador(a).

TRABAJADOR(A) CON CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE SIN HIJOS(AS)

- Copia del documento de identificación del(la) trabajador(a) y del cónyuge o compañero(a) permanente.
- Si el estado civil es casado, copia del registro civil o partida de matrimonio.
- Si el estado civil es unión libre, se debe diligenciar la declaración juramentada de convivencia (formato suministrado por la Caja).
- En caso de que el cónyuge o compañero(a) permanente labore, anexar certificado laboral con salario devengado.

TRABAJADOR (A) SOLTERO (A) CON HIJOS (AS)

- Copia del documento de identificación del(la) trabajador(a).
- Registro civil de nacimiento de los(as) hijos(as) que demuestre parentesco.
- Copia del documento de identificación de la persona a cargo.
- Acreditación de escolaridad para personas a cargo mayores de 12 años.

TRABAJADOR (A) CON CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE E HIJOS(AS) DE LA UNIÓN

- Copia del documento de identificación del trabajador y del cónyuge o compañero(a) permanente.
- Certificación laboral de ingresos del cónyuge o compañero(a) permanente expedido por la empresa donde labora.
- Copia del registro civil de nacimiento de los(as) hijos(as) que demuestre parentesco.
- Copia del documento de identificación de la persona a cargo.
- Acreditación de escolaridad para personas a cargo mayores de 12 años.
- Si el estado civil es casado, copia del registro civil o partida de matrimonio.
- Si el estado civil es unión libre, se debe diligenciar la declaración juramentada de convivencia (formato suministrado por la Caja).

TRABAJADOR (A) CON CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE E HIJASTROS(AS)

- Copia del documento de identificación del(a) trabajador(a) y del cónyuge o compañero(a) permanente.
- Certificación laboral de ingresos del cónyuge o compañero(a) permanente.
- Registro civil de nacimiento de los(as) hijastros(as) que demuestre parentesco.
- Copia del documento de identificación de la persona a cargo.
- Acreditación de escolaridad para personas a cargo mayores de 12 años.
- Copia de documento de custodia expedida por autoridad competente otorgada al cónyuge o compañero(a) permanente del trabajador(a) o certificado de la EPS del trabajador(a) que acredite el grupo familiar unificado.
- Si el estado civil es casado, copia del registro civil o partida de matrimonio.
- Si el estado civil es unión libre, se debe diligenciar la declaración juramentada de convivencia (Formato suministrado por la Caja).

TRABAJADOR(A) CON PADRES QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE ÉL

- Copia del documento de identificación del(a) trabajador(a) y de cada uno de los padres.
- Copia del registro civil de nacimiento del trabajador, que demuestre parentesco.
- Declaración juramentada (formato de Ministerio de Trabajo, suministrado por la Caja), en la que conste la dependencia económica de los padres a cargo del(la) trabajador(a), firmada por el (la) trabajador(a) y por los padres del trabajador.
- Certificado de EPS de los dos padres en el que conste el tipo de afiliación como beneficiario del(la) trabajador(a), con vigencia menor a dos meses. Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud, adjuntar la certificación de EPS.
  NOTA 1: Los documentos para la afiliación de padres deben diligenciarse y/o presentarse por cada uno de ellos.
  NOTA 2: Cuando NO se afilian a ambos padres, se requiere que el padre que se está afiliando manifieste por escrito, la no convivencia y/o no dependencia económica del padre que no se va afiliar; firmada por el padre y por el (la) trabajador(a).
  NOTA 3: En caso de que uno de los padres esté fallecido, suministrar el registro civil de **defunción.**
  IMPORTANTE: El(la) trabajador(a) recibe cuota monetaria por los padres mayores de 60 años de edad. Los padres menores de 60 años de edad, tienen acceso a los servicios de la Caja con tarifas de categoría C.

TRABAJADOR(A) CON HERMANO(A) HUÉRFANO(A) DE PADRES

- Copia de los documentos de identificación del trabajador y del hermano(a).
- Copia de registro civil de nacimiento del(la) trabajador(a) y del hermano(a) que demuestre parentesco.
- Registro civil de defunción de cada uno de los padres.
- Acreditación de escolaridad para hermanos mayores de 12 años.
- Declaración Juramentada (formato del Ministerio de Trabajo, suministrado por la Caja) en la cual conste la convivencia y dependencia económica de las personas a cargo.

TRABAJADOR (A) CON DEPENDIENTE POR CUSTODIA

- Copia del documento de identificación del trabajador y del dependiente por custodia.
- Copia del registro civil de nacimiento del dependiente por custodia.
- Acreditación de escolaridad para dependientes por custodia mayores de 12 años.
- Copia de documento de custodia expedida por autoridad competente otorgada al trabajador.
- Declaración juramentada (formato del Ministerio de Trabajo, suministrado por la Caja), en la que conste la convivencia y la dependencia económica de las personas a cargo del trabajador.

CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE CUIDADOR(A) DE UN BENEFICIARIO(A) EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

El trabajador puede recibir cuota monetaria por su cónyuge o compañero(a) permanente cuando este sea cuidador de un beneficiario del trabajador en condición de discapacidad; para ello debe presentar:

1. Certificado de discapacidad de la persona a cargo del trabajador.

2. Copia de los documentos que desde la IPS o desde la EPS le hayan expedido, con los cuales se pueda evidenciar que su persona a cargo, se encuentra en condición de discapacidad, no puede realizar las tareas básicas de cuidado y atención de su vida cotidiana que requiere asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación y la ayuda en la administración de medicamentos por vía oral (por favor abstenerse de enviar copia de historia clínica, debido a que ese es un documento cuya custodia no debe compartirse con terceros).

3. Declaración firmada por el trabajador y el cónyuge o compañero(a) permanente, entendida bajo la gravedad de juramento, que contenga de forma explícita al menos los siguientes elementos:
a. Que el cónyuge o compañero(a) permanente no cuenta con una fuente formal directa de ingresos y no realiza una actividad formal remunerada.
b. Que el cónyuge o compañero (a) permanente es el cuidador y que realiza actividades de atención de la vida cotidiana, de asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación y la ayuda en la administración de medicamentos por vía oral de la persona en condición de discapacidad.

NOTA: Se entenderá por cuidador la persona, profesional o no, que apoya en la realización de las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad debidamente certificada por la Entidad Promotora de Salud (EPS) quien, sin la asistencia de la primera, no podría realizarlas. El servicio de cuidado o asistencia personal estará siempre supeditado a la autonomía, voluntad y preferencias de la persona con discapacidad a quien se presta la asistencia.

RECUERDE

Tiene derecho al subsidio familiar en dinero el(la) trabajador(a) con remuneración mensual, fija o variable igual o menor a 4 SMLMV, que su número de horas laboradas al mes sea el equivalente a dos semanas de jornada laboral completa; y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen los 6 SMLMV,afiliando a:

1. Los(as) hijos(as) que no sobrepasen la edad de 18 años, legítimos(as), naturales, adoptivos(as) y los(as) hijastros(as).

2. Los(as) hermanos(as) que no sobrepasen la edad de 18 años, huérfanos(as) de padres, que convivan y dependan económicamente del trabajador.

3. Los padres del(a) trabajador(a) mayores de 60 años, siempre y cuando ninguno de los dos reciba salario, renta o pensión alguna y que dependan económicamente del(a) trabajador(a).

NOTA: No podrán cobrar simultáneamente este subsidio más de uno de los hijos(as) trabajadores.

4.Dependientes por custodia legal.

5.Cónyuge o compañero permanente del trabajador, cuidador de una persona con discapacidad, debidamente certificada, afiliada en el grupo familiar del trabajador.

NOTA: Si el trabajador(a) labora en más de una empresa se tendrá en cuenta la sumatoria de los salarios recibidos con cada empleador para efectos del pago de la cuota monetaria.

ACREDITACIÓN DE ESCOLARIDAD

Para los hijos(as), hijastros(as), hermanos(as) huérfanos(as) y dependientes por custodia legal mayores de 12 años, debe presentarse en el momento de la inscripción del(a) trabajador(a) o cuando el niño(a) cumpla los 12 años de edad, el certificado de escolaridad, o el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del periodo lectivo correspondiente, expedido por institución educativa autorizada por el Estado y renovarse según el ciclo escolar que se encuentre cursando (anual, semestral, trimestral, etc.).

ACREDITACIÓN DE DISCAPACIDAD

Para acreditar la condición de discapacidad de hijos(as), hijastros(as), padres, hermanos(as) huérfanos(as) de padres y dependientes por custodia se debe presentar certificado de discapacidad en el que conste la condición y el tipo de discapacidad, emitido por una entidad competente, conforme a la norma legal vigente.

POR FAVOR TENER EN CUENTA

1. Antes de radicar el formulario de afiliación por favor verifique que no le falte ningún campo por diligenciar, documento por adjuntar, firma del empleador y del(la) trabajador(a).

2. No podrá ser radicado el formulario de inscripción hasta que toda la documentación y/o información se encuentre completa. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos y serán devueltos.

3. Omitir la información de una persona en el formulario, implica excluirla de la afiliación actual del(la) trabajador(a).

4. Las personas extranjeras que adelanten la inscripción ante la Caja en calidad de(la) trabajador(a), cónyuge o compañero(a) permanente y personas a cargo, deben contar con los documentos legalmente exigidos por la norma vigente en Colombia, que permitan constatar que se encuentran de forma legal en el territorio nacional.

5. Los documentos expedidos en países diferentes a Colombia, deben estar debidamente apostillados y traducidos (si fuese necesario) por la autoridad competente.

6. La fecha de la declaración juramentada no debe exceder los 30 días de haber sido diligenciada y firmada, al momento de radicar el formulario de afiliación.

7. Certificación de ingresos del cónyuge o compañero (a) permanente:
   - Si labora, certificado de ingresos expedido por la empresa donde labora, con fecha de expedición no mayor a 3 meses de haber sido expedida al momento de radicar el formulario de afiliación.
   - Si es pensionado(a), certificado de mesada pensional.
   - Si depende económicamente del(la) trabajador(a), formato de declaración juramentada.
   - (Formato del Ministerio de Trabajo, suministrado por la Caja) firmada por el trabajador por el cónyuge o compañero(a) permanente.

8. Documento de identificación:
   - Registro Civil de Nacimiento: menores de 7 años
   - Tarjeta de Identidad: mayores de 7 años y menores de 18 años.
   - Cédula de ciudadanía: mayores de 18 años.
   - Documento válido de identificación para extranjero.

9. La certificación de su medio de pago, no debe exceder los 30 días de haber sido expedida, al momento de radicar el formulario de afiliación.

10. Si está usando este formulario para registrar a un nuevo cónyuge o compañero(a) permanente, deberá efectuar la novedad de retiro de quien figura actualmente, anexando el documento en el que conste cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital del hecho o declaración juramentada, según el caso.

11. El(la) trabajador(a) podrá afiliar a los hijos, hijastros, hermanos huérfanos y dependientes por custodia legal mayores de 18 años y menores de 23 años y padres menores 60 años, que dependan económicamente del afiliado, para el acceso a los servicios de la Caja a tarifas de afiliados categoría C, no subsidiadas. Al cumplir 60 años de edad, si el padre y / o la madre se encuentran afiliados, por parte del(la) trabajador(a) debe acreditarse la condición de dependencia económica para recibir la cuota monetaria correspondiente y el acceso a los servicios con tarifas de la categoría del(la) trabajador(a).

12. La solicitud de los datos personales "Orientación Sexual", "Factor de Vulnerabilidad" y "Pertenencia Étnica" obedece exclusivamente al cumplimiento de los requerimientos establecidos por la Superintendencia de Subsidio Familiar. Su suministro será de carácter voluntario y no afectará el trámite de su afiliación, el acceso a los servicios, ni el ejercicio de sus derechos como afiliado a la Caja de Compensación.

Avenida González Valencia Nº 52-69
Centro de Contacto 607 6577000 Opción 1
Bucaramanga, Santander
Original: Comfenalco Santander – Copia: Empleador