

	<b>FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES</b>	CODIGO: AS-F-11
	<i>Comfamiliar Putumayo</i> No. 891.200.337-8	FECHA: 17 AGO 2018
	<b>APORTES Y SUBSIDIOS</b>	VERSIÓN: 5

DATOS DE LA EMPRESA				
Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C.	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
1.				

INFORMACION DE OTRA EMPRESA DONDE LABORA				
2.				

DATOS DEL TRABAJADOR				
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> OTRO (CUAL) N°				
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>		Dirección de residencia: _____	
<b>SECTOR</b>	Fecha de ingreso a la empresa: (MM/DD/AAAA)		Teléfonos: _____	
Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Municipio donde Labora: _____		Correo Electronico: _____	
<b>TRABAJADOR DEL SECTOR AGROPECUARIO</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

DATOS DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL				
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres		Teléfono
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> OTRO (CUAL) N°				
Razón Social de la Empresa donde trabaja el Cónyuge	Ocupación	Salario	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Recibe Subsidio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

INSCRIPCIÓN O ADICIÓN DE PERSONAS A CARGO												
Numero de Identificación (Cédula de Ciudadanía, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro civil)	Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador			Fecha de Nacimiento			Certificado de estudio	Parentesco				Discapacidad
				Día	Mes	Año		Hijo	Hijastro	Hermano	Padres	
	1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres									

AUTORIZAR CONSIGNACIÓN EN CUENTA	Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta	
	Cuenta No : _____	Entidad Bancaria: _____
	Titular de la cuenta : _____	Identificación del titular : _____

**DECLARACION:** Declaramos que la informacion suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Putumayo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la informacion suministrada cambie, me comprometo a reportar la modificacion de los datos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la Caja de Compensación o la violacion de la norma sobre salarios minimos, es causal de desafiliacion según artículo 45 de la ley 21 de 1982. De manera libre, previa, expresa, voluntaria y debidamente informado(a), Autorizo a Comfamiliar Putumayo conforme a los terminos dispuestos en la Ley 1581 de 2012 y en el decreto 1377 de 2013, para mantener y usar toda mi informacion en virtud de la funcion que le compete como Caja.

_____ <b>FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR</b>	_____ <b>FIRMA DEL TRABAJADOR</b>	_____ <b>FECHA RECIBIDO COMFAMILIAR</b>
---------------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------------

<b>OBSERVACIONES:</b>

## DOCUMENTOS PARA ANEXAR AL FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES SEGÚN EL CASO

### RECEPCIÓN DE FORMULARIOS

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Fotocopia de cédula del trabajador.
- Fotocopia de cédula del cónyuge o compañero(a) permanente.
- Constancia laboral del cónyuge.
- Declaración Juramentada (formato AS-F-15) ó Registro Civil de Matrimonio legible.
- Registro civil de los hijos, donde aparezca el nombre de los padres copia legible.
- Constancia de estudio original de los hijos mayores de 12 años (tienen derecho hasta la media noche antes de cumplir los 19 años).
- Custodia expedida por el I.C.B.F., Comisaria o Juzgado de Familia, de los padres que no viven con su esposa y tienen a cargo los hijos.
- Certificado expedido por la EPS o cualquier entidad competente que indique la Discapacidad Laboral de los hijos en documento original.

### PARA EL CASO DE HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES

- Registro Civil de Defunción de los padres, documento legible.
- Declaración Juramentada (formato AS-F-15).
- Registro Civil de nacimiento de los hermanos y del trabajador, documento legible.
- Constancias de estudio original si son mayores de 12 años.
- Certificado expedido por la EPS o cualquier entidad competente que indique la Discapacidad Laboral para los hermanos en documento original.

### PARA LOS PADRES MAYORES DE 60 AÑOS ANEXAR AL FORMULARIO

- Registro Civil de nacimiento del Trabajador, documento legible.
- Fotocopia de cédula de los padres.
- Declaración Juramentada (formato AS-F-15).
- Certificado de la EPS, donde conste el tipo de afiliación.
- Certificado expedido por la EPS o cualquier entidad competente que indique la Discapacidad Laboral de los padres en documento original.

**NOTA:** NO SE RECIBEN FORMULARIOS DE AFILIACIÓN CON DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA.

### TIPO DE AFILIADO

- Dependiente
- Independiente
- Pensionado
- Servicio domestico

---

FUNCIONARIO QUE RADICA

---

ÁREA DE APORTES Y SUBSIDIOS