

**FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES**

CODIGO: AS-F-11

*Comfamiliar Putumayo**Nº. 891.200.337-8*

FECHA: 05 OCT 2015

**APORTES Y SUBSIDIOS**

VERSIÓN: 4

**DATOS DE LA EMPRESA**

Empleador	Dirección	Nit. Ó C.C.	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
1.				
2.				

**DATOS DEL TRABAJADOR**

1er. Apellido del Trabajador	2do. Apellido	Nombres	C.C. No.	Fecha de Nacimiento (MM / DD / AAAA)
------------------------------	---------------	---------	----------	--------------------------------------

**ESTADO CIVIL** Soltero (a)  Viudo (a)  Separado (a)  Dirección de residencia: \_\_\_\_\_  
Casado (a)  U. Libre  Divorciado (a)  Teléfonos: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso a la empresa: ( MM / DD / AAAA ) Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Zona para pago de subsidio: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)**

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	C.C. No.	Ocupación	
Razón Social de la Empresa donde trabaja el Cónyuge			Salario	Fecha de Nacimiento	Recibe Subsidio SI NO

**DATOS PARA LA INSCRIPCIÓN O ADICIÓN DE BENEFICIARIOS**

Enuncie las personas a cargo que den derecho al subsidio

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				
		Día	Mes	Año		Hijo	Hijastro	Hermano	Discapacitados	Padres
	1er. Apellido 2do. Apellido Nombres									

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información suministrada es cierta y ha sido revisada personalmente. Los documentos anexos que soportan esta inscripción será para el uso exclusivo de Comfamiliar del Putumayo; motivo por el cual no se devolverán a la empresa ni al trabajador, ni se autoriza su salida del archivo una vez surtida la inscripción a excepción de mandato legal.

USO DE DATOS PERSONALES: De manera libre, previa, expresa, voluntariamente y debidamente informado (a), Autorizo a Comfamiliar Putumayo conforme a los terminos dipuestos en la Ley 1581 de 2012 y en el decreto 1377 de 2013, para mantener y usar toda mi información en virtud de la función que le compete como Caja

**Firma**

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 : \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**


FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

FIRMA DEL TRABAJADOR

FECHA RECIBIDO COMFAMILIAR

## 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