

**FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES**

CÓDIGO: AS-F-11

Comfamiliar Putumayo

FECHA: 01 OCT 2019

No. 891.200.337-8

VERSIÓN: 7

APORTES Y SUBSIDIOS**DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANULELOS CON UNA LINEA OBLICUA LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO****MARQUE CON UNA X**
(Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo)**Dependiente****Madre Comunitaria****Facultativo****Servicio Domestico****Pensionado****Independiente****DATOS DE LA EMPRESA**

Empleador

Dirección

Nit. O C.C

H. Laboradas por Dia

Salario Mensual

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres

Sexo:

Orientacion Sexual:

MASCULINO HETEROSEXUAL FEMENINO HOMOSEXUAL INDETERMINADO BISEXUAL INFORMACION NO DISPONIBLE

Tipo de Identificación:

Numero de Identificación:

Dia

Mes

Año

Municipio donde Labora:

TI CC CE PA PEP No. _____

Dirección:

Telefono/Celular

Nivel de Escolaridad:

Correo electronico:

Primaria Secun-
daria Tecnico Tecno-
logico Universi-
tario PostGra-
do Ninguno

Ocupación:

Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)

1

2

3

4

5

6

7

Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Estado Civil:

Vivienda:

Trabajador (a) del sector Agro.

Capacidad Laboral

Fecha de Ingreso a la Empresa

Soltero (a) Viudo (a) Separado (a) Familiar Propia SI Normal

Dia

Mes

Año

Casado (a) Divorciado (a) Union Libre Arriendo Hipoteca NO Discapacidad

Dia

Mes

Año

DATOS DEL CONYUGE O COMPANERO (A)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres

Dia

Mes

Año

Sexo

M

F

INDETER-
MINADO

Tipo de Identificación

Numero de Identificación

Teléfono/Celular

Dirección

Correo Electrónico:

TIC CC CE PA PEP No. _____

Recibe Subsidio Familiar

Si No Casado(a)

Estado Civil

Union Libre

Ocupación

Razón Social donde trabaja el (la) Conyuge

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres

Ciudad

Teléfono/Celular

Sexo

M

F

INDETER-
MINADO

Tipo de Identificación

Numero de Identificación

Dia

Mes

Año

Correo Electronico

TI CC CE PA PEP No. _____**PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR**

Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen ecoómicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institucion Educativa donde estudia.	SEXO			FECHA DE NACIMIENTO	(Cedula de Ciudadania o Extranjeria, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia)	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	PARENTESCO					Certificado de estudio
	MASCULINO	FEMENINO	INDETERMINADO				HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS	DISCAPACITADO	
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres										
Inst. Educativa:												
Inst. Educativa:												
Inst. Educativa:												
Inst. Educativa:												
Inst. Educativa:												

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta

AUTORIZACION PARA CONSIGNACION EN CUENTA

(por favor, asegurese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)

NUMERO DE CUENTA: _____

ENTIDAD BANCARIA: _____

TITULAR DE LA CUENTA: _____

No. IDENTIFIC. DEL TITULAR: _____

DECLARACION: Declaro que la información brindada es verídica y cuenta con soporte probatorio, so pena de ser verificada por parte de COMFAMILIAR PUTUMAYO. Caso tal que la información proporcionada varíe, me obligo a dar la respectiva novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho, en cumplimiento del artículo 37 ley 21 de 1982. El suministro de datos falsos por parte del empleador y/o violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación en observancia del artículo 45 ley 21 de 1982.**Si está de acuerdo señale con una X**SI NO **AUTORIZACION DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Conforme a la ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, apor to de manera libre, previa y voluntaria el uso de mis datos personales a la Caja de Compensación Familiar del Putumayo, para el tratamiento y manejo de ellos, asimismo los de mi núcleo familiar suministrados en el presente formulario; A fin de su recopilación, almacenamiento, organización, análisis, uso, circulación o supresión, para las finalidades incluidas en nuestro "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales", ademas autorizo recibir informacion sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que preste la Caja de Compensación. El tratamiento de datos personales, respecto a menores de edad, tendra estricta observancia y cumplimiento del artículo 12 del decreto 1377 de 2013.**Si está de acuerdo señale con una X:**SI NO **Si está de acuerdo señale con una X:** El presente formulario requiere **datos sensibles**, por tanto no está obligado a autorizar su tratamiento y/o aportar sus datos, en sujeción del artículo 6 decreto 1377 de 2013.SI NO

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

OBSERVACIONES:

VICELIADO Superior Subsidio

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN

TRABAJADOR SOLTERO(A)

- Formulario de afiliación diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia legible de la cedula del trabajador.

TRABAJADOR CON CONYUGE

- Formulario de afiliación diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia legible de la cedula del trabajador.
- Fotocopia legible de la cedula del cónyuge ó compañero(a) permanente.
- Fotocopia legible del registro civil de matrimonio ó declaración juramentada en caso de union libre (formato AS-F-15).

AFILIACIÓN DE HIJOS(AS) LEGÍTIMOS(AS), ADOPTIVOS(AS) O HIJASTROS(AS).

- Formulario de afiliación diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia legible de la cedula del trabajador.
- Fotocopia legible de la cedula del cónyuge ó compañero(a) permanente.
- Fotocopia legible del registro civil de matrimonio ó declaración juramentada en caso de union libre (formato AS-F-15).
- Fotocopia legible del registro civil de los hijos, donde aparezca el NUIP y el nombre de los padres.
- Certificado de estudio original de los (as) beneficiarios (as) mayores de 12 años (tienen derecho a subsidio y servicios 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 conviven con su esposa y tienen a cargo sus hijos

- Certificado legible expedido por la EPS o cualquier entidad competente que indique la Discapacidad Laboral de los hijos.

AFILIACIÓN DE HERMANOS (AS) HUÉRFANOS (AS) DE PADRES

- Formulario de afiliación diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia legible de la cedula del trabajador.
- Fotocopia legible del registro civil de defunción de los padres (Padre y Madre).
- Fotocopia legible del registro civil de nacimiento del trabajador que acredite el parentesco.
- Fotocopia legible del registro civil del registro civil de nacimiento del beneficiario que acredite el parentesco.
- Certificado de estudio original de los(as) beneficiarios(as) mayores de 12 años .
- Certificado legible expedido por la EPS o cualquier entidad competente que indique la Discapacidad Laboral de los(as) beneficiarios(as).
- Declaración juramentada (formato AS-F-15).

AFILIACIÓN DE PADRES MAYORES DE 60 AÑOS (QUE NO PERCIBAN INGRESOS)

- Formulario de afiliación diligenciado en su totalidad.
- Fotocopia legible de la cedula del trabajador.
- Fotocopia legible del registro civil de nacimiento del trabajador que acredite el parentesco.
- Fotocopia legible del registro civil de los(as) hermanos(as), documento legible.
- Fotocopia legible de la cedula de los padres
- Certificado legible expedido por la EPS, donde conste el tipo de afiliación
- Certificado legible expedido por la EPS o cualquier entidad competente que indique la Discapacidad Laboral de los(as) beneficiarios(as).
- Declaración juramentada (formato AS-F-15).

FACTOR DE VULNERABILIDAD	<ol style="list-style-type: none">1. Desplazado2. Victima del conflicto armado (no desplazado)3. Desmovilizado o reinsertado4. Damnificado desastre natural5. Cabeza de familia6. En condicion de discapacidad7. Poblacion migrante8. Poblacion zonas frontera9. Ejercicio del trabajo sexual10. No aplica
---------------------------------	---

PERTENENCIA ÉTNICA	<ol style="list-style-type: none">1. Afrocolombiano2. Comunidad negra3. Indígena4. Palanquero5. Raizal del archipelago se San Andrés, Providencia y Santa Catalina6. Room/Gitano7. No se autoreconoce en ninguno de los anteriores
---------------------------	--