

	FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES	CÓDIGO: AA-F-08
	 <p style="font-size: small;">Nº. 891.200.337-8</p>	FECHA: 06 DICIEMBRE 2023
	AFILIACIÓN Y APORTES	VERSIÓN: 12

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO

MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar Putumayo)	Dependiente <input type="checkbox"/>	Madre Comunitaria <input type="checkbox"/>	Facultativo <input type="checkbox"/>
	Servicio Domestico <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>

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

DATOS DEL TRABAJADOR											
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres						Sexo:		Orientación Sexual:	
Tipo de Identificación:		Número de Identificación:		Fecha de Nacimiento:			Municipio donde Labora:				
TI <input type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	PA <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>	No. _____	Día	Mes	Año			
MASCULINO <input type="checkbox"/>		FEMENINO <input type="checkbox"/>		INDETERMINADO <input type="checkbox"/>		HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/>		HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/>		BISEXUAL <input type="checkbox"/>	
						INFORMACION <input type="checkbox"/>		NO DISPONIBLE <input type="checkbox"/>			

Dirección:	Teléfono/Celular	Nivel de Escolaridad:																	
Correo electrónico:		Primaria	Secundaria	Técnico	Tecnológico	Universitario	PostGrado	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) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Separado (a) <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Propia <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Día	Mes	Año										
Casado (a) <input type="checkbox"/>	Divorciado (a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Arriendo <input type="checkbox"/>	Hipoteca <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Discapacidad <input type="checkbox"/>	¿Cual? _												
Pertenece a algún Resguardo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?					Pertenece a algún pueblo indígena: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?														

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)												
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres						Fecha de Nacimiento		Sexo		
								Día	Mes	Año	M	F
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Teléfono/Celular		Dirección		Correo Electrónico				
TIC <input type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	PA <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>	No. _____							
Recibe Subsidio Familiar		Estado Civil		Ocupación		Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge						
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>									

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)												
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres						Fecha de Nacimiento		Sexo		
								Día	Mes	Año	M	F
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Teléfono/Celular		Dirección		Correo Electrónico				
TI <input type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	PA <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>	No. _____							

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR																								
Nombres completos de los hijos, padres, hermanos que dependen económicamente del trabajador. (Si el beneficiario es menor de 12 años, por favor escriba el nombre de la Institución Educativa donde estudia.)										SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			Cedula de Ciudadanía o Extranjería, Tarjeta de Identidad, NUIP del Registro Civil, Permiso Especial de Permanencia)			NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			PARENTESCO			CERTIFICADO
										MASCULINO	FEMENINO													
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres		Día	Mes	Año	RC	TI	CC	CE	PEP													
Inst. Educativa:																								
Inst. Educativa:																								
Inst. Educativa:																								
Inst. Educativa:																								

AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA (por favor, asegúrese de verificar el titular de la cuenta y si la cuenta se encuentra activa)	Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NÚMERO DE CUENTA: _____ ENTIDAD BANCARIA: _____ TITULAR DE LA CUENTA: _____ No. IDENTIFIC. DEL TITULAR: _____
---	--

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es verídica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información consignada varié me obligo a reportar la novedad dentro del mes de la ocurrencia del hecho de conformidad con lo contenido en el artículo 37 de la Ley 21 de 1982. El suministro de datos falsos por parte del empleador, la violación de las normas sobre salarios mínimos, y el envío de informes que den lugar a la disminución de aportes o al pago fraudulento del subsidio, es causal de desafiliación de acuerdo con lo contenido en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Si está desacuerdo señale con una X: SI NO

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: De conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Único reglamentario 1074 de 2015 capitulo 25 y demás normas concordantes y complementarias en materia de protección de datos, de manera previa, expresa e informada, AUTORIZA a Comfamiliar Putumayo el tratamiento y uso de sus datos personales consistente en; Recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal, para las finalidades de tramitar el proceso de afiliación a Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de Subsidio Familiar. Además, recibir información sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promocióne la Caja. Los derechos de conocer, actualizar, rectificar, revocar o suprimir la información podrán ejercerse a través del correo habeasdata@comfaputumayo.com. La "Política de Tratamiento de Datos" está disponible en la página web corporativa www.comfaputumayo.com para su conocimiento y consulta. "Recuerde que no está obligado a autorizar el tratamiento de datos sensibles (se distingue con letra roja)"

Autoriza el Tratamiento y Uso de sus datos personales: SI NO

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR
-----------------------------	----------------------	-------------------------------

OBSERVACIONES:

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 unión 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 unión 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. Víctima del conflicto armado (no desplazado)3. Desmovilizado o reinsertado4. Damnificado desastre natural5. Cabeza de familia6. En condición de discapacidad7. Población migrante8. Población zonas frontera9. Ejercicio del trabajo sexual10. No aplica
---------------------------------	---

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

TIPO DE DISCAPACIDAD Resolución 1239 de 2022	<ol style="list-style-type: none">1. Discapacidad Física2. Discapacidad Auditiva3. Discapacidad Visual4. Sordo ceguera5. Discapacidad Intelectual6. Discapacidad Psicosocial7. Discapacidad Múltiple
---	--

NOTA: DILIGENCIAR EL NUMERO DEL TIPO DE DISCAPACIDAD EN EL CAMPO DE DATOS DEL TRABAJADOR Y EN PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR.