

	<b>FORMULARIO AFILIACIÓN DE TRABAJADORES</b>	CÓDIGO: AA-F-08
	<i>Comfamiliar Putumayo</i> No. 891.200.337-8	FECHA: 09 JULIO 2024
	<b>AFILIACIÓN Y APORTES</b>	VERSIÓN: 13

**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 
     Madre Comunitaria 
     Facultativo   
     Servicio Domestico 
     Pensionado 
     Independiente

**DATOS DE LA EMPRESA**

Empleador	Dirección	Nit. O C.C	H. Laboradas por Día	Salario Mensual
-----------	-----------	------------	----------------------	-----------------

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres				<b>Sexo:</b>		<b>Orientación Sexual:</b>			
Tipo de Identificación: TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/>		Número de Identificación: No. _____		Fecha de Nacimiento: Día    Mes    Año		Municipio donde Labora:		MASCULINO <input type="checkbox"/>	HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/>		
								FEMENINO <input type="checkbox"/>	HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/>		
								BISEXUAL <input type="checkbox"/>	INFORMACION NO DISPONIBLE <input type="checkbox"/>		
								INDETERMINADO <input type="checkbox"/>			
Dirección:	Teléfono/Celular			Nivel de Escolaridad:							
Correo electrónico:				Primaria	Secundaria	Técnico	Tecnológico	Universitario	PostGrado	Ninguno	
Ocupación:	<b>Pertenencia Étnica: (para marcar ver tabla al respaldo)</b>			<b>Factor de Vulnerabilidad: (para marcar ver tabla al respaldo)</b>							
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"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>			Familiar <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> ¿Cual? _		Día    Mes    Año	
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	M F INDETERMINADO
						Día	Mes	Año		
Tipo de Identificación TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/>		No. _____	Teléfono/Celular		Dirección		Correo Electrónico			
Recibe Subsídío Familiar SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Estado Civil Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>		Ocupación			Razón Social donde trabaja el (la) Cónyuge			

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres				Ciudad	Teléfono/Celular	Ocupación	Sexo	M F INDETERMINADO
Tipo de Identificación TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/>		Número de Identificación No. _____		Fecha de Nacimiento Día    Mes    Año		Correo Electrónico				

**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	INDETERMINADO				HIJOS	PADRES	HERMANOS	HIJASTROS		DISCAPACITADO (Nº Respaldo)
1er. Apellido    2do. Apellido    Nombres	Día	Mes	Año	RC	TI	CC	CE	PEP				

**AUTORIZACIÓN PARA CONSIGNACIÓN EN CUENTA** Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Putumayo, para consignar el valor del subsidio mensual a la cuenta. SI  NO

NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_ ENTIDAD BANCARIA: \_\_\_\_\_

TITULAR DE LA CUENTA: \_\_\_\_\_ No. IDENTIFI. 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 varíe 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 capítulo 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 Subsídío Familiar. Además, recibir información sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promocioe 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

**DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO:** Bajo la gravedad del juramento declaro que, mis beneficiarios padres mayores de 60 años durante el año inmediatamente anterior no percibieron ingresos de ninguna índole por lo cual no son declarantes de renta ante la DIAN, ni desarrollaron actividades mercantiles. Conjuntamente me comprometo, a que con ocasión de que en un futuro mi beneficiario este obligado a Declarar Renta por concepto de ingresos. Informare de manera oportuna la novedad a la Caja. \*(Aplica únicamente para el proceso de afiliación de padres) \*

\_\_\_\_\_  
 FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR                      FIRMA DEL TRABAJADOR                      FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

**OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## REQUISITOS PARA AFILIACION

### INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formulario en su totalidad sin tachones ni enmendaduras
2. Adjuntar todos los documentos requeridos para poder tener derecho a cuota monetaria y los servicios que presta la Caja de Compensación
3. Es obligatoria la firma y sello de la empresa.
4. Las fotocopias de los documentos de identidad y soportes que acrediten derechos deben ser perfectamente legibles.☒
5. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

### CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

1. Si falta algún documento, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda la información esté completa.☒
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.
4. Presentar documentos sin las firmas correspondientes o que estén alterados por alguna circunstancia.

### DEPENDIENTE

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Copia del documento de identidad del trabajador o el documento válido de identificación para extranjeros
- Cuando el trabajador es menor de edad, anexar permiso para trabajar expedido por el Ministerio de Trabajo
- Si pertenece al grupo poblacional de “Veterano de la Fuerza Pública”, anexar certificación de acreditación como veterano expedido por el Ministerio de Defensa.

### CONYUGUE O COMPAÑERO PERMANENTE

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente o documento válido de identificación para extranjeros.
- Registro civil de matrimonio o Formato de Declaración Juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo, para el(a) compañero(a) permanente
- En caso de que el cónyuge o compañero(a) permanente labore, anexar certificado laboral con salario devengado.
- En caso de que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Para el cónyuge o compañero(a) permanente del mismo sexo se deben presentar los mismos documentos

**Nota:** En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

### HIJOS

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro civil de nacimiento
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal-NUIP es alfanumérico
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

### HIJASTROS

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro Civil
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad.
- Certificado de la Entidad Promotora de Salud -EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la custodia este en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar.
- Declaración en el que conste que el padre o madre biológico (a) no convive con el beneficiario, no recibe subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.
- En caso que el padre biológico haya fallecido anexar registro civil de defunción.
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

### HERMANOS(AS) HUÉRFANOS DE PADRES

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Registro Civil de nacimiento del afiliado y del hermano(a)
- Registro de Civil defunción del padre y madre
- Acreditación de escolaridad a partir de los 12 años de edad.
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

### PADRES

- Formulario de afiliación completamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del padre y/o madre o el documento válido de identificación para extranjeros
- Registro Civil de Nacimiento del trabajador.
- Formato de Declaración Juramentada del Ministerio del Trabajo donde se evidencie la dependencia económica y se declare que el padre y/o madre no
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador
- Para los padres menores de 60 años, se debe presentar los mismos documentos. (Cuando hay discapacidad)

### DISCAPACIDAD

- El trabajador acreditará la discapacidad del beneficiario con certificado legible expedido por la EPS o entidad competente que indique la Discapacidad.

### FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR O BENEFICIARIO

- Copia del Registro Civil de Defunción

### INDEPENDIENTE O PENSIONADO

- Formulario de Afiliación completamente diligenciado
- Fotocopia del documento de identidad

## ASPECTOS A CONSIDERAR PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportarla novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de febrero de cada año.
8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfaputumayo.

### SEÑOR TRABAJADOR TENGA PRESENTE

El subsidio familiar es una prestación social pagadera en dinero, especie y servicios a los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo, y su objetivo fundamental consiste en el alivio de las cargas económicas que representa el sostenimiento de la familia, como núcleo básico de la sociedad. *Ley 21 de 1982. Art. 1*

El subsidio familiar no es salario, ni se computará como factor del mismo en ningún caso. *Ley 21 de 1982. Art. 2*

Durante los períodos de incapacidad por motivo de enfermedad no profesional, maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional, el trabajador beneficiario tendrá derecho a recibir el subsidio familiar. Dicho trabajador deberá acreditar su incapacidad con certificación expedida por el Instituto de Seguros Sociales en el caso de los trabajadores del sector privado, o por el organismo de previsión social correspondiente en el caso de trabajadores del sector público. Subsidiariamente, donde no exista Seguro Social obligatorio u organismos de previsión social, se acreditará la incapacidad mediante prueba idónea del servicio médico del empleador. *Ley 21 de 1982. Art. 25*

El subsidio familiar por los hijos a cargo se pagará desde el mes de su nacimiento hasta el de su defunción, o cumplimiento de la edad de diez y ocho (18) años. *Ley 21 de 1982. Art. 29.*

Los hermanos huérfanos de padre y los hijos que sean inválidos o de capacidad física disminuida, y que hayan perdido más del sesenta por ciento (60%) de su capacidad normal de trabajo, causarán derecho al subsidio familiar sin ninguna limitación en razón de su edad y percibirán doble cuota de subsidio si reciben educación o formación profesional especializada en establecimiento idóneo. *Ley 21 de 1982. Art 30*

En caso de muerte de una persona a cargo, por la cual el trabajador estuviere recibiendo subsidio familiar, se pagará un subsidio extraordinario por el mes en que ésta ocurra, equivalente a doce (12) mensualidades del subsidio en dinero que viniere recibiendo por el fallecido. *Ley 21 de 1982, Art. 34*

Todo trabajador beneficiario tendrá obligación de avisar a la respectiva Caja directamente o por conducto del empleador, los nacimientos o muertes de personas a cargo, el término de la convivencia, y cualquier otro hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio, dentro del mes en que cualquiera de dichos eventos ocurra. *Ley 21 de 1982, Art. 37*

<b>FACTOR DE VULNERABILIDAD</b>	1.	Desplazado
	2.	Victima del conflicto armado (no desplazado)
	3.	Desmovilizado o reinsertado
	4.	Damnificado desastre natural
	5.	Cabeza de familia
	6.	En condición de discapacidad
	7.	Población migrante
	8.	Población zonas frontera
	9.	Ejercicio del trabajo sexual
	10.	No aplica

<b>PERTENENCIA ÉTNICA</b>	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

<b>TIPO DE DISCAPACIDAD RESOLUCIÓN (1239 de 2022)</b>	1.	Discapacidad Física
	2.	Discapacidad Auditiva
	3.	Discapacidad Visual
	4.	Sordo ceguera
	5.	Discapacidad Intelectual
	6.	Discapacidad Psicosocial
	7.	Discapacidad Múltiple

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

## DERECHOS

1. Recibir un trato digno, amable y respetuoso sin discriminación o distinción, por razones sociales, raciales, ideológicas o económicas. Preservando la honra, reputación, vida privada y familiar.
2. Recibir una atención prioritaria cuando esté en grupos de desprotección o discapacidad con una infraestructura que responda a las necesidades.
3. Acceder a las diferentes opciones de afiliación a la Caja, de acuerdo con la calidad y cumplimiento de los requisitos de Ley establecidos.
4. Recibir oportunamente el pago del subsidio familiar, por los medios de entrega definidos y según el valor establecido en la vigencia. ☒
5. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo o del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar.
6. Disfrutar de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo con la tarifa más baja, por haber estado vinculado durante 25 años o más al sistema del subsidio familiar.
7. Postularse al subsidio de desempleo obteniendo una respuesta dentro de los términos de ley y ser beneficiario al cumplimiento de requisitos establecidos.
8. Conocer la oferta de servicios y tarifas según la categoría aplicable, a través de los medios de difusión establecidos.
9. Obtener un servicio con seguridad y calidad, en los términos y condiciones ofertadas, con una logística e infraestructura adecuada.
10. Recibir una respuesta clara, veraz y con conocimiento respecto a las consultas por los servicios o beneficios ofertados o prestados.
11. Presentar derecho de petición sin necesidad de apoderado, y cuando requiera el reconocimiento de un derecho fundamental que sea tratado prioritariamente.
12. Recibir una respuesta oportuna y de fondo al derecho de petición dentro de los términos de Ley establecidos y por los canales dispuestos.
13. Requerir el cumplimiento de las responsabilidades a los funcionarios de acuerdo a las solicitudes e intereses.
14. Conocer, actualizar, rectificar o suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada.
15. Salvo reserva legal, obtener información de interés público por los canales establecidos y de acuerdo a los términos estipulados en Ley.
16. Solicitar el resarcimiento cuando el servicio no estuvo conforme a las condiciones ofertadas o se genera una experiencia negativa ocasionada por la Caja de compensación.
17. Ejercer cualquier otro derecho que le reconozca la Constitución y Leyes.

## DEBERES

1. Acatar la Constitución y las Leyes.
2. Obrar conforme al principio de buena fe, evitando hacer afirmaciones temerarias y utilizar documento o declaración falsa para certificar derechos o acceder a servicios.
3. Tratar con respeto a los funcionarios y colaboradores, empleando un lenguaje ético.
4. Entregar completa y oportunamente la documentación requerida para el trámite, solicitud o necesidad.
5. Actualizar la información de manera oportuna, precisa y veraz, para la acreditación de derechos y confiabilidad de la información
6. Utilizar apropiadamente la infraestructura y bienes dispuestos para la prestación del servicio.
7. Pagar oportunamente el aporte y los servicios según la categoría aplicable.
8. Ejercer con responsabilidad los derechos y abstenerse de reiterar solicitudes evidentemente improcedentes que afecten los tiempos de los trámites y la agilidad de respuesta.
9. Solicitar de forma oportuna y respetuosa asesoría, información, documentos o servicios.
10. Cumplir con los procedimientos establecidos para los trámites y servicios que presta la Caja.

Señor Afiliado, a través de la página web [www.comfaputumayo.com](http://www.comfaputumayo.com), podrá consultar o descargar la Carta de derechos y Deberes o la Política de Datos personales de la Caja De Compensación Familiar Del Putumayo . También podrá encontrar información de interés y publicidad de nuestros servicios.

**"TU BIENESTAR ES NUESTRA PRIORIDAD"**