

NIT. 891.500.182-0

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

No.

Diligencie este formulario
en letra imprenta y tinta color negro

DEPENDIENTE

Regular
Servicio Domestico
Madre Comunitaria
Veteranos

INDEPENDIENTE

Regular
Taxista
Facultativos
Colombiano en el Exterior

Indice de Aporte
0,6% 2%

PENSIONADO

Fidelidad 25 años
Menos de 1.5 SMMLV
Más de 1.5 SMMLV

Indice de Aporte
0% 0,6% 2%

PARTE A INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)

NIT C.C T.I. C.E PAS

No.

PARTE B INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO GÉNERO

C.C T.I C.E PAS CD PEP PPT VISA OTRO ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO UNIÓN LIBRE VIUDO SEPARADO DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA SECTOR TELÉFONO CELULAR TELÉFONO FIJO

MUNICIPIO DEPARTAMENTO PAÍS URBANO RURAL E-MAIL

FACTOR DE VULNERABILIDAD

No disponible
 Cabeza de familia
 Desplazado
 Población migrante
 Ejercicio del trabajo sexual
 En condición de discapacidad
 Desmovilizado o reinsertado
 Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados
 Damnificado desastre natural
 Hijo (as) de madres cabeza de familia
 Población zonas frontera (nacionales)
 Víctima del conflicto armado (no desplazado)

NIVEL EDUCATIVO

Preescolar
 Básica
 Secundaria
 Media
 Técnico / tecnológico
 Profesional universitario
 Posgrado / maestría
 Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

Afrocolombiano
 Comunidad negra
 Indígena
 Raíz del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina
 Palenquero
 Room/gitano
 No disponible

ORIENTACIÓN SEXUAL

Heterosexual Bisexual
 Homosexual Información no disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA SECTOR FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA OCUPACIÓN / PROFESIÓN HORAS LABORADAS AL MES SALARIO MENSUAL

URBANO RURAL AÑO MES DÍA VALOR Suma todos los conceptos salariales SI NO Comisiones SI NO

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? SI NO El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO Cta. Ahorros Cta. Corriente No. Cuenta

PARTE C INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO OCUPACIÓN/PROFESIÓN GÉNERO

C.C T.I C.E PAS CD PEP PPT VISA OTRO CONVIVEN SI NO NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR

PARTE D DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO OCUPACIÓN/PROFESIÓN GÉNERO

C.C T.I C.E PAS CD PEP PPT VISA OTRO NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR

PARTE E INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			GENERO	C.T. T. PARENTESCO					IDENTIFICACIÓN C.C.-T.I.-C.E.-PAS-REGISTRO CIVIL (NUIP)	USO EXCLUSIVO C.C.F.C			
				AÑO	MES	DÍA		D	H	P	H	H			J	T	Tipo
							F	M	I								

DISC: DISCAPACITADO HIJO: HIJOPDRE: PADRE HMNO: HERMANO HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información 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 Cauca COMFAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. De igual manera, autorizo a COMFAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFAUCA

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

RECIBE	DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	FECHA	FECHA
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE

VISTADO Super Subsidio



El empleo es de todos

Mintrabajo

DECLARACIÓN JURAMENTADA

FECHA DE SOLICITUD

AÑO MES DÍA

CIUDAD / MUNICIPIO

YO:

identificado(a) con:

C.C. T.I. C.E. PAS. CD. PEP. PPT. VISA. OTRO. CUAL:

No.

Declaro bajo la gravedad de juramento que que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración

- 1. Convivencia y dependencia económica 2. Unión marital de hecho / Unión libre 3. Padres o hermanos huérfanos de padres 4. Otros

1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a)

Table with 5 columns: NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO, DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN (TIPO, Número), PARENTESCO, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO

2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañera(o) permanente

Declaro que el (la) señor(a) identificado(a) con el tipo de documento número es mi compañera(o) permanente y convivimos desde hace años y meses. Además el(la) señor(a) actualmente se desempeña como: Dependiente Independiente Pensionado(a) Estudiante No labora

3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a) huérfano(s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta(n) afiliado(a)s a otra caja de compensación familiar.

Table with 5 columns: NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO, DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN (TIPO, Número), PARENTESCO, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO. Includes fields for Firma del padre and Firma de la madre.

4. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor(a) identificado con padre / madre biológico(a) del menor identificado con por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral

NOTA: la fecha de lanzamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta(30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las cajas de compensación familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la (s) persona (s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma del declarante y documento

Observaciones

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN.

- 1 Formulario de afiliación
2 Documento de identificación del trabajador.
3 Documento de identificación del Conyuge/Compañero(a) permanente del trabajador.
4 Documento de identificación de los padres del trabajador.
5 Registro civil de nacimiento del trabajador.
6 Registro civil de nacimiento de los hijos, hijastros, hermanos.
7 Documento de identificación actualizado de los hijos, hijastros, hermanos.
8 Certificado de estudio o el boletín de calificaciones para hijos mayores de 12 años, hasta los 18 años y 11 meses.
9 Certificado de discapacidad o pérdida de capacidad laboral expedido por la EPS o entidad competente para personas a cargo en condición de invalidez si aplica el caso.
10 Manifestación de estado civil y declaración de dependencia económica: Diligenciar declaración juramentada (Reverso del formulario) establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo para trabajador separado o en unión libre, hijastros, hermanos y padres.
11 Constancia laboral del Conyuge/Compañero permanente. Si el Conyuge/Compañero(a) permanente no labora: Diligenciar declaración juramentada establecida por Comfacauca y Ministerio de trabajo/ si el cónyuge es pensionado, anexar colilla de pago de la mesada.
12 Custodia expedida por autoridad competente. (ICBF, Comisarias, Juzgados de familia, centros de conciliación, jueces de familia, civil, promiscuo municipal y de paz, personería y en caso de no haber ninguna de las anteriores, el inspector de policía)
13 Certificado EPS, donde conste tipo de afiliación (Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria)
14 Registro civil de defunción de los padres del trabajador.
15 Copia de resolución de pensión (Colfondos) que reconoce la calidad de pensionado(a), o certificado de pensión con sábana pensional (Fondos Privados) Copia del último desprendible de pago, para pensionados hasta 1.5 SMMLV y Mayores 1.5 SMMLV.

- 16 Carta de solicitud con nombre completo del solicitante, domicilio, identificación, lugar de residencia, valor mensual de ingresos y declaración de la fuente de los ingresos y manifestación sobre si estaba o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar con anterioridad a la solicitud.
17 Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
18 Si uno de los padres es fallecido, Registro Civil de Defunción.
19 Certificación veteranos
20 Certificación en la que indique que es madre comunitaria con el NIT, nombre, dirección, municipio y teléfono donde labora
21 Copia de la planilla PILA con el pago de la caja de compensación

NOTA: Para desafiliar a un cónyuge se debe presentar el documento en el que conste la cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

REQUISITOS DOCUMENTALES DE AFILIACIÓN SEGÚN MODALIDAD

Table with 2 columns: Modalidad (Trabajador, Dependiente, Independiente, Pensionado, Veterano, Madres comunitarias, Facultativos) and Adjuntar documentos de estos numerales (1-21)

NIT. 891.500.182-0

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

No.

Diligencie este formulario
en letra imprenta y tinta color negro

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	Indice de Aporte 0,6% 2%	PENSIONADO	Indice de Aporte 0% 0,6% 2%
Regular <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fidelidad 25 años <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio Domestico <input type="checkbox"/>	Taxista <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menos de 1.5 SMMLV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre Comunitaria <input type="checkbox"/>	Facultativos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Más de 1.5 SMMLV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veteranos <input type="checkbox"/>	Colombiano en el Exterior <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

PARTE A INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)

NIT C.C T.I. C.E PAS

No.

PARTE B INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
				AÑO MES DÍA	F <input type="checkbox"/>
					M <input type="checkbox"/>
					I <input type="checkbox"/>

C.C T.I C.E PAS CD PEP PPT VISA OTRO

CUAL: No. ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO UNIÓN LIBRE VIUDO SEPARADO DIVORCIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA SECTOR TELÉFONO CELULAR TELÉFONO FIJO

URBANO RURAL E-MAIL

MUNICIPIO DEPARTAMENTO PAÍS

FACTOR DE VULNERABILIDAD

No disponible Desmovilizado o reinsertado

Cabeza de familia Hijos (as) de desmovilizados o reinsertados

Desplazado Damnificado desastre natural

Población migrante Hijo (as) de madres cabeza de familia

Ejercicio del trabajo sexual Población zonas frontera (nacionales)

En condición de discapacidad Víctima del conflicto armado (no desplazado)

ORIENTACIÓN SEXUAL Heterosexual Bisexual Homosexual Información no disponible

NIVEL EDUCATIVO

Preescolar Básica Secundaria Media Técnico / tecnológico Profesional universitario Posgrado / maestría Ninguno

PERTENENCIA ÉTNICA

Afrocolombiano Comunidad negra Indígena Raíz del archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina Palenquero Room/gitano No disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA SECTOR FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA OCUPACIÓN / PROFESIÓN HORAS LABORADAS AL MES SALARIO MENSUAL

URBANO RURAL AÑO MES DÍA

Básico Mesada Pensional Comisiones SI NO

VALOR Suma todos los conceptos salariales

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? SI NO

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venza), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

NOMBRE DEL BANCO Cta. Ahorros Cta. Corriente No. Cuenta

PARTE C INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
				AÑO MES DÍA		F <input type="checkbox"/>
						M <input type="checkbox"/>
						I <input type="checkbox"/>

C.C T.I C.E PAS CD PEP PPT VISA OTRO

CUAL: No. CONVIVEN SI NO NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR

PARTE D DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN/PROFESIÓN	GÉNERO
				AÑO MES DÍA		F <input type="checkbox"/>
						M <input type="checkbox"/>
						I <input type="checkbox"/>

C.C T.I C.E PAS CD PEP PPT VISA OTRO

CUAL: No. NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR

PARTE E INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			GENERO	C.T. T. PARENTESCO					IDENTIFICACIÓN		USO EXCLUSIVO C.C.F.C					
				AÑO	MES	DÍA		F	M	I	D	H	P	H		H	J	T	Tipo	Número

DISC: DISCAPACITADO HIJO: HIJOPDRE: PADRE HMNO: HERMANO HJTR: HIJASTRO

DECLARACIÓN:

Declaramos que la información 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 Cauca COMFAUCA, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFAUCA, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponda y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. De igual manera, autorizo a COMFAUCA, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuales no tenga derecho, me sean descontadas de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFAUCA

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES

RECIBE	DIGITA	REVISA Y DIGITALIZA
FECHA	FECHA	FECHA
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE

RECOMENDACIONES

1. Lea cuidadosamente el formulario antes de empezar a diligenciar.
2. Llene los espacios con la información correspondiente a máquina o letra.
3. Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación este completa de lo contrario no sera recibido.
4. Las Fotocopias de los documentos de identificación deberán ser legibles.
5. Los certificados de Escolaridad se deben presentar en original y copia.
6. Si la Empresa en la que labora el trabajador no se encuentra al día en el pago de Aportes a COMFACAUCA, Usted debe cumplir oportunamente con la presentación del Certificado Escolar.
7. Al presentar el Formulario de Afiliación, Certificados Escolares u otros, el empleado de COMFACAUCA que le radica sus documentos, le entregará debidamente radicada cada una de sus copias.
8. En caso de reclamo, Usted deberá presentar la copia en que figure el sello y fecha de radicación.
9. COMFACAUCA no se responsabiliza por las cuotas monetarias dejadas de cancelar, cuando el trabajador no haya diligenciado correctamente el formulario de afiliación o presentado oportunamente los documentos.
10. Para desafiliación a un conyuge se debe presentar el documento en el que conste cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
11. **COMFACAUCA se reserva el derecho de solicitar las pruebas que estime convenientes, para casos especiales no contemplados en el presente documento.**
12. Los universitarios deben acreditar sus certificados de estudio para cada semestre (6 meses) para recibir la cuota monetaria hasta los 18 años 11 meses.
13. Para certificar la supervivencia de personas a cargo menores de 18 años en condición de invalidez y Extranjeros (Padres y Discapacitados), presentar ultimo control médico con fecha de expedición menor a 30 días.

RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR

TRABAJADOR DEPENDIENTE

1. Tienen derecho los trabajadores cuya remuneración mensual, fija o variable no sobrepase los cuatro (4) salarios mínimos legales vigentes y que al sumar sus Ingresos con los de su cónyuge o compañero (a) no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

PERSONAS A CARGO QUE DAN DERECHO A CUOTA MONETARIA

1. Los Hijos Legítimos, Extramatrimoniales, Adoptivos y los Hijastros hasta los 18 años (entre los 12 a 18 años deben acreditar escolaridad).
2. Los hermanos huérfanos de padres hasta los 18 años, que dependan económicamente del trabajador y cumplan con el certificado de escolaridad del numeral 1.
3. Los padres del trabajador, siempre y cuando ninguno de los dos reciba SALARIO, RENTA O PENSIÓN ALGUNA, dependan económicamente del trabajador. No podrán cobrar simultáneamente éste subsidio más de un trabajador.

INVALIDEZ

La acreditación de la discapacidad puede ser expedida por las IPS's autorizadas por la Secretaría de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o Administradoras de Riesgos Laborales

SUBSIDIO SIMULTÁNEO

En caso de custodia compartida, se recuerda que en virtud de lo establecido en el artículo 56 del Decreto reglamentario 341 de 1988, la convivencia se da en relación con ambos progenitores; por lo tanto, el pago simultáneo del subsidio se calcula con base en los ingresos de los padres biológicos y se debe exigir certificación laboral de la madre o padre biológicos, según sea el caso.

SUBSIDIO EXTRAORDINARIO POR MUERTE

Visítenos

y conozca todos los servicios que tenemos para usted y su familia.



www.comfacauca.com




1. En caso de muerte de una de las personas a cargo por el cual el trabajador estuviere recibiendo subsidio familiar, se pagará subsidio extraordinario equivalente a 12 cuotas monetarias. El trabajador debe presentar registro civil de defunción dentro de los tres años siguientes a la fecha de su fallecimiento.
2. Por muerte del trabajador beneficiario se cancelarán doce cuotas monetarias por cada una de las personas a cargo por las cuales el trabajador reciba subsidio. La Empresa debe dar aviso inmediato a COMFACAUCA de la muerte del trabajador, enviando el registro civil de defunción dentro de los tres años siguientes a la fecha de su fallecimiento.

INDEPENDIENTE (Ley 789 del 2002)

- **Aporte del 2% sobre ingresos (SMLMV)**
- Debe cotizar sobre salud y pensión.
- El aporte lo debe cancelar por pila
- No tiene derecho a la cuota monetaria del subsidio familiar.
- Categoría B.

AFILIACIÓN DE MIGRANTES COLOMBIANOS CON FAMILIAS EN COLOMBIA (Decreto 682 De Abril 4 De 2014)

- Deben cancelar el 2% sobre los ingresos base de cotización declarados que reciba, NO inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV).
- Deben cancelar por PILA los aportes para COMFACAUCA y pensión
- Categoría que corresponda.
- No tiene derecho a la cuota monetaria del subsidio familiar.

CERTIFICADOS RENOVABLES ANUALMENTE

Se debe presentar el original y copia. El certificado escolar para los beneficiarios afiliados, debe ser de establecimientos educativos debidamente aprobados para hijos, adoptivos, hermanos, hijastros deben presentar el certificado escolar en el mes cumplen los 12 y en adelante en cada periodo escolar que inicien así:

- Calendario A:** del 1 de Abril al 10 de Mayo de cada año.
- Calendario B:** del 1 de Septiembre al 10 de Octubre de cada año.

Las personas a cargo del trabajador que cursen estudios semestrales deben acreditar la Constancia (2) veces al año, en las fechas establecidas para calendario A y B.

Estudiantes **SENA** deben acreditar si reciben o no **Patrocinio**, clase de estudio y tiempo de la etapa de capacitación y de práctica.

PENSIONADOS POR FIDELIDAD (Ley 789 del 2002)

- Quien acredite haber cotizado a la seguridad social por 25 años.
- No cancela aportes a COMFACAUCA
- Categoría A

PENSIONADOS mesada hasta el 1.5 % SMLMV (Ley 1643 de julio 12 del 2013)

- Debe afiliarse en la última caja de compensación en la cual realizaron aportes como trabajador.
- Tiene derecho su grupo familiar hasta la edad de 18 años. (régimen del subsidio familiar)
- **No** tiene derecho a la cuota monetaria del subsidio familiar
- Categoría A

PENSIONADOS + 1.5% SMLMV (Ley 1643 de julio 12 del 2013) Si su mesada es superior al 1.5 SMLMV

- Debe cancelar aportes del 2 o 0.6% sobre el valor de la mesada.
- Puede escoger la caja de compensación en la cual afiliarse.
- Categoría: la que corresponda

VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA

Los Empleadores que vinculen laboralmente a "Veteranos de la Fuerza Pública" que al inicio del contrato de trabajo tenga entre 18 y 40 años, estarán exentos de pagar los aportes a Cajas de Compensación Familiar por esto.

- 1) El trabajador deberá presentar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa, y tendrán derecho a los servicios sociales referentes a Recreación, Turismo social y Capacitación, durante los años a que aplica dicho beneficio. A partir del cuarto año de afiliación, gozarán de la plenitud de los servicios del sistema de subsidio familiar.

- 2) Presentar los mismos requisitos exigidos para trabajador dependiente