

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

TRABAJADOR DEPENDIENTE:

- ☐ SUBSIDIO FAMILIAR MONETARIO
- ☐ SUBSIDIO FAMILIAR EN SERVICIOS
- ☐ TRABAJADOR (A) SERVICIO DOMÉSTICO
- ☐ MADRES COMUNITARIAS

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN VOLUNTARIA (ART.19 LEY 789/02)

- ☐ TRABAJADOR INDEPENDIENTE
- ☐ AFILIACIÓN VOLUNTARIOS 0,6%
- ☐ AFILIACIÓN FACULTATIVOS 2%
- ☐ PENSIONADOS POR FIDELIDAD
- ☐ PENSIONADOS 1.5 % SMLMV
- ☐ PENSIONADOS + 1.5% SMLMV

No.

SOLICITUD INSCRIPCIÓN

- ☐ INGRESO
- ☐ REINGRESO
- ☐ MODIFICACIÓN INSCRIPCIÓN

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 DV

No.

PARTE B

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
				AÑO MES DÍA	F M
C.C T.I. C.E. PAS.	FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN	ESTADO CIVIL	SOLTERO CASADO	(VIUDO UNIÓN LIBRE SEPARADO DIVORCIADO)	
No.					
SECTOR	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA				
URBANO RURAL	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS	TEL	E-MAIL

INFORMACIÓN LABORAL

MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA	CARGO QUE DESEMPEÑA	HORAS LABORADAS AL MES	SALARIO BÁSICO	JEFE DE HOGAR
	AÑO MES DÍA			COMISIONES	SI NO
				OTROS FACT.	
				TOTAL DEVENGADO	
TRABAJADOR DEL SECTOR AGROPECUARIO	ACTIVIDAD DESEMPEÑADA EN EL SECTOR AGROPECUARIO				
SI NO	AGRICULTURA SILVICULTURA GANADERÍA PESCA AVICULTURA APICULTURA				

PARTE C

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	CONVIVEN
				AÑO MES DÍA	SI NO
C.C T.I. C.E. PAS.	FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN	TIPO DE RELACIÓN	OCUPACIÓN		
No.		CÓNYUGE COMPAÑERA(O)	HOGAR EMPLEADO INDEPENDIENTE PENSIONADO SIN EMPLEO		
EMPRESA DONDE LABORA	NIT.		SUBSIDIO	POR CUAL CAJA RECIBE SUBSIDIO	
			SI NO		

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
				AÑO MES DÍA
C.C T.I. C.E. PAS.	FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN	OCUPACIÓN		
No.		HOGAR EMPLEADO INDEPENDIENTE PENSIONADO SIN EMPLEO		
EMPRESA DONDE LABORA	NIT.		SUBSIDIO	POR CUAL CAJA RECIBE SUBSIDIO
			SI NO	

PARTE E

INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO		C.T. T. PARENTESCO						IDENTIFICACIÓN		USO EXCLUSIVO C.C.F.C
				AÑO	MES	DÍA	F	M	D I S C	H I J O	P D R E	H M N O	H J T R		Tipo	Número y fecha de expedición	
																No.	
																Fecha	
																No.	
																Fecha	
																No.	
																Fecha	
																No.	
																Fecha	
																No.	
																Fecha	

DISC: DISCAPACITADO HIJO: HIJO PDRE: 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 COMFACAUCA, 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 mas 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 1581del 2012** y demás Decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, 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 COMFACAUCA, 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.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) C.C.

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES:

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

RADICACIÓN COMFACAUCA

RECIBE	DIGITA	REVIS	DIGITALIZA
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

1

DECLARACIÓN DE CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PARA AFILIACIÓN DEL COMPAÑERO (A) PERMANENTE E HIJASTROS

En la ciudad de _____ Departamento del Cauca, a los _____ días del mes de _____ de _____
Yo _____ (nombres y apellidos) identificado(a) con (Tipo de identificación) _____
No. _____ expedida en: _____ declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende con la firma de este documento:
1. Que vivo en unión libre y bajo el mismo techo desde hace _____ años _____ meses, con _____
quien se identifica con (Tipo de identificación) _____ No. _____ expedida en: _____
2. Que la persona indicada en el numeral 1 depende económicamente de mi.
3. Que los hijastros relacionados en este formulario dependen económicamente de mi.
4. Que el padre biológico Sr.(Sra.) Apellidos _____ Nombres _____ con
c.c. _____ de _____ del menor(res) relacionados no recibe subsidio familiar y no responde económicamente por ellos.

Firma del Trabajador

Firma del Compañero (a) Permanente

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos suministrados por mi en esta declaración son ciertos.

DILIGENCIE ESTA DECLARACIÓN ÚNICAMENTE EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:
1. Afiliación de hijastro(s) y / o 2. Compañero(a) permanente depende económicamente de usted

2

DECLARACIÓN DE DISOLUCIÓN DE LA UNIÓN LIBRE - PARA COMPAÑERO (A) PERMANENTE

En la ciudad de _____ Departamento del Cauca, a los _____ días del mes de _____ de _____
Yo _____ (nombres y apellidos) identificado(a) con (Tipo de identificación) _____
No. _____ expedida en: _____ declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende con la firma de este documento:
que no convivo en unión libre ni bajo el mismo techo con _____ (nombres y apellidos)
identificado(a) con (Tipo de identificación) _____ No. _____ expedida en: _____

Firma del Trabajador

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos
suministrados por mi en esta declaración son ciertos.

3

DECLARACIÓN DE CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PARA AFILIACIÓN DE LOS HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE

En la ciudad de _____ Departamento del Cauca, a los _____ días del mes de _____ de _____
Yo _____ (nombres y apellidos) identificado(a) con (Tipo de identificación) _____
No. _____ expedida en: _____ declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende con la firma de este documento:
1. Que convivo con mis hermanos huérfanos de padre y madre relacionados en este formulario y que ellos dependen económicamente de mi.
2. Que el (los) hermano (s) que voy afiliar en este formulario no reciben salario, pensión o renta alguna y otros hermanos no cobran subsidio por ellos.

Firma del Trabajador

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos
suministrados por mi en esta declaración son ciertos.

4

DECLARACIÓN PARA AFILIACIÓN DE LOS PADRES DEL TRABAJADOR.

En la ciudad de _____ Departamento del Cauca, a los _____ días del mes de _____ de _____
Yo _____ (nombres y apellidos) identificado(a) con (Tipo de identificación) _____
No. _____ expedida en: _____ declaro bajo la gravedad de juramento que mis padres, _____
y _____ identificado(a) con (Tipo de identificación) _____ No. _____ expedida en: _____
y (Tipo de Identificación) _____ No. _____ expedida en: _____
respectivamente, dependen económicamente de mi y NO reciben salario, pensión o renta alguna y que ninguno de mis hermanos cobra subsidio familiar
por ellos.

Firma del Trabajador

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos
suministrados por mi en esta declaración son ciertos.

ESPACIO PARA DILIGENCIAR COMFACAUCA

DEVOLUCIÓN TOTAL

DEVOLUCIÓN PARCIAL

NOMBRE DE LAS PERSONAS POR LAS QUE PRESENTAN LA DEVOLUCIÓN

MOTIVO		MOTIVO	

MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN

- ☐ 1. DOCUMENTO DE IDENTIDAD
☐ 2. DECLARACIÓN EN FORMATO MINISTERIO DEL TRABAJO
☐ 3. CUSTODIA
☐ 4. CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD
☐ 5. REGISTRO DE DEFUNCIÓN

- ☐ 6. FALTAN DATOS DEL PADRE O LA MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS A AFILIAR.
☐ 7. REGISTRO CIVIL CON NOTA DE PARENTESCO
☐ 8. OTROS MOTIVOS: _____

Diligencie este formulario en letra imprenta y tinta color negro

No.

SOLICITUD INSCRIPCIÓN

☐ INGRESO

☐ REINGRESO

☐ MODIFICACIÓN INSCRIPCIÓN

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

TRABAJADOR DEPENDIENTE:

☐ SUBSIDIO FAMILIAR MONETARIO

☐ SUBSIDIO FAMILIAR EN SERVICIOS

☐ TRABAJADOR (A) SERVICIO DOMÉSTICO

☐ MADRES COMUNITARIAS

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN VOLUNTARIA (ART.19 LEY 789/02)

☐ TRABAJADOR INDEPENDIENTE

☐ AFILIACIÓN VOLUNTARIOS 0,6%

☐ AFILIACIÓN FACULTATIVOS 2%

☐ PENSIONADOS POR FIDELIDAD

☐ PENSIONADOS 1.5 % SMLMV

☐ PENSIONADOS + 1.5% SMLMV

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 DV

No.

PARTE B INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

AÑO MES DÍA

GÉNERO

F M

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

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ESTADO CIVIL

SOLTERO (VIUDO UNIÓN LIBRE SEPARADO DIVORCIADO)

No.

SECTOR

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA

URBANO

RURAL

MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

PAÍS

TEL

E-MAIL

INFORMACIÓN LABORAL

MUNICIPIO DONDE LABORA

FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA

AÑO MES DÍA

CARGO QUE DESEMPEÑA

HORAS LABORADAS AL MES

SALARIO BÁSICO

COMISIONES

OTROS FACT.

TOTAL DEVENGADO

JEFE DE HOGAR

SI NO

TRABAJADOR DEL SECTOR AGROPECUARIO

SI NO

ACTIVIDAD DESEMPEÑADA EN EL SECTOR AGROPECUARIO

AGRICULTURA SILVICULTURA GANADERÍA PESCA AVICULTURA APICULTURA

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

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

AÑO MES DÍA

CONVIVEN

SI NO

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

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

TIPO DE RELACIÓN

CÓNYUGE COMPAÑERA(O)

OCUPACIÓN

HOGAR EMPLEADO INDEPENDIENTE PENSIONADO SIN EMPLEO

No.

EMPRESA DONDE LABORA

NIT.

SUBSIDIO

SI NO

POR CUAL CAJA RECIBE SUBSIDIO

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

AÑO MES DÍA

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

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

OCUPACIÓN

HOGAR EMPLEADO INDEPENDIENTE PENSIONADO SIN EMPLEO

No.

EMPRESA DONDE LABORA

NIT.

SUBSIDIO

SI NO

POR CUAL CAJA RECIBE SUBSIDIO

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	D I S C	H I J O	P D R E	H M N O	H J T R	Tipo	Número y fecha de expedición	
															No.	
															Fecha	
															No.	
															Fecha	
															No.	
															Fecha	
															No.	
															Fecha	
															No.	
															Fecha	

DISC: DISCAPACITADO

HIJO: HIJO

PDRE: 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 COMFACAUCA, 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 mas 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 1581del 2012 y demás Decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUCA, 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 COMFACAUCA, 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.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) C.C.

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES:

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUCA

RADICACIÓN COMFACAUCA

RECIBE	DIGITA	REVIS	DIGITALIZA
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
FECHA: _____	FECHA: _____	FECHA: _____	FECHA: _____

PÁGINA 3

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ANEXAR AL PRESENTE FORMULARIO DE ACUERDO A SU CASO

TRABAJADORES DEPENDIENTES

HIJOS: Todos los beneficiarios, hijos legítimos, extramatrimoniales, adoptivos e hijastros para su afiliación al subsidio familiar monetario deben presentar el registro civil de nacimiento con nota para comprobar parentesco.

- 1. Registro Civil de Nacimiento del hijo (con número de identificación NUIP).
- 2. Si el padre o madre del menor por el que se solicita afiliación trabaja, anexar constancia laboral en la que indique el valor de la asignación mensual que devenga.
- 3. Fotocopias legibles y ampliadas 150% de documento de identificación del trabajador(a) y del cónyuge o compañero(a) con el que convive.
- 4. Fotocopia legible y ampliada 150% del documento de identidad de la persona a cargo (Tarjeta de identidad para mayores de 7años y cédula para mayores de 18 años- anexar registro civil de nacimiento).
- 5. Certificado original de escolaridad del año en curso, emitido por establecimiento docente oficialmente aprobado: se requiere a partir de los 12 años de edad.

TRABAJADORES DEL SERVICIO DOMÉSTICO

- 1. Presentar los mismos requisitos exigidos para el trabajador dependiente.

TRABAJADORAS MADRES COMUNITARIAS

- 1. Presentar los mismos requisitos exigidos para el trabajador dependiente.
- 2. Certificación en la que indique que es madre comunitaria expedida por la Asociación a la que pertenece como Madre comunitaria con número de Nit, razón social, dirección, municipio y teléfono donde labora.

HERMANO(A) HUÉRFANO (A) DE PADRES

- 1. Registro civil de nacimiento del trabajador con nota para comprobar parentesco.
- 2. Registro Civil del hermano a cargo con nota para comprobar parentesco (con número de identificación NUIP).
- 3. Registro de defunción de los padres.
- 4. Diligenciar declaración del trabajador ante COMFACAUCA (ver página 2, numeral 3) y el formato establecido por el Ministerio del Trabajo.
- 5. Certificado Escolar de 12 a 18 años.
- 6. Fotocopia legible y ampliada al 150 % de documento de identificación del trabajador.
- 7. Fotocopia legible y ampliada 150% del documento de identidad de la persona a cargo (Tarjeta de identidad para mayores de 7años y cédula para mayores de 18 años).

HIJASTROS

- 1. Para trabajador casado, registro civil de matrimonio.
- 2. Para trabajador en unión libre, declaración ante COMFACAUCA ver página 2, numeral 1) y formato MINTRABAJO.
- 3. Registro Civil de Nacimiento de los Hijastros con nota para comprobar parentesco.
- 4. Adjuntar la custodia expedida por el I.C.B.F., comisarias ó juzgados de familia de los menores a cargo de su cónyuge o compañero(a) permanente.
- 5. Certificado de la EPS donde están afiliados los hijastros por parte del trabajador.
 - Número de documento del padre o madre biológico del menor que no convive con él.
- 6. Certificado escolar del hijastro de 12 a 18 años.
- 7. Fotocopias legibles y ampliadas 150% de documento de identificación del trabajador(a) y del cónyuge o compañero(a) con quien convive.
- 8. Fotocopia legible y ampliada 150% del documento de identidad de la persona a cargo (Tarjeta de identidad para mayores de 7años y cédula para mayores de 18 años).

NOTA. La custodia y declaración ante COMFACAUCA tienen un mes calendario desde su expedición para ser presentados .

PADRES (MAYORES DE 60 AÑOS)

- 1. Registro Civil del trabajador beneficiario con nota para comprobar parentesco.
- 2. Fotocopia ampliada al 150 % de documento de identificación de los padres (padre y madre).
- 3. Si uno de los padres es fallecido anexar registro civil de defunción.
- 4. Declaración del trabajador ante COMFACAUCA (ver página 2 y numeral 4).
- 5. Declaración de dependencia económica rendida y firmada por el trabajador, formato establecido por el Ministerio del Trabajo.
- 6. Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación del padre a afiliarse.
- 7. Fotocopia legible y ampliada al 150% del documento de identificación del trabajador.

AFILIACIÓN DE VOLUNTARIOS (0,6 %)

- 1. Los mismos requisitos del trabajador dependiente.
- 2. Fotocopia de la última planilla y recibo de Salud, Pensión, Caja de Compensación por el mes cancelado a partir del cual se va a afiliarse.
- 3. Rut y copia de cédula.

AFILIACIÓN FACULTATIVOS

- 1. Los mismos requisitos del trabajador dependiente.
- 2. Fotocopia de la última planilla y recibo de pago de aportes a Salud, Pensión, Caja de Compensación por el mes cancelado a partir del cual se va a afiliarse.
- 3. Rut y copia de cédula.

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

Los mismos requisitos del trabajador dependiente

TRABAJADOR INDEPENDIENTE (2%)

- 1. Presentar los mismos requisitos exigidos para trabajadores dependientes.
- 2. Fotocopia de la última planilla y recibo de pago de aportes a Salud, Pensión, Caja de Compensación por el mes cancelado a partir del cual se va a afiliarse.
- 3. Rut y copia de cédula.

PENSIONADOS POR FIDELIDAD (Ley 789 del 2002)

- Quien acredite haber cotizado a la seguridad social por 25 años.
- Debe presentar la copia de la resolución de pensión y copia de cédula.
- No cancela aportes a COMFACAUCA
- Tiene derecho su grupo familiar hasta la edad de 18 años. (Régimen del subsidio familiar). Tiene derecho a los servicios capacitación recreación y turismo
- 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.
- Presentar copia de la resolución de pensión.
- Presentar copia del desprendible de pago de la mesada.
- Tiene derecho su grupo familiar hasta la edad de 18 años. (régimen del subsidio familiar)
- Servicios de recreación, deporte y cultura.
- 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 aportar sobre el 2%.

- Debe cancelar aportes del 2 o 0.6% sobre el valor de la mesada.
- Puede escoger la caja compensación en la cual afiliarse.
- Presentar copia de la resolución de pensión.
- Debe presentar copia del desprendible de pago de la mesada.
- Con aportes del 0.6% tiene derecho a recreación, deporte, cultura, turismo y capacitación.
- Con aportes del 2% tiene derecho a todos los servicios de la caja excepto el subsidio familiar monetario.
- Categoría la que corresponda.

ESPACIO PARA DILIGENCIAR COMFACAUCA		DEVOLUCIÓN TOTAL ☐		DEVOLUCIÓN PARCIAL ☐	
NOMBRE DE LAS PERSONAS POR LAS QUE PRESENTAN LA DEVOLUCIÓN					
MOTIVO		MOTIVO			
MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN					
☐ 1. DOCUMENTO DE IDENTIDAD		☐ 6. FALTAN DATOS DEL PADRE O LA MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS A AFILIAR.			
☐ 2. DECLARACIÓN EN FORMATO MINISTERIO DEL TRABAJO		☐ 7. REGISTRO CIVIL CON NOTA DE PARENTESCO			
☐ 3. CUSTODIA		☐ 8. OTROS MOTIVOS: _____			
☐ 4. CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD		_____			
☐ 5. REGISTRO DE DEFUNCIÓN		_____			

RECOMENDACIONES

- 1. Lea cuidadosamente el formulario antes de empezar a diligenciar.
- 2. Llene los espacios con la información correspondiente a máquina o letra imprenta, en forma completa sin enmendaduras y con tinta negra.
- 3. Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación este completa de lo contrario no será recibido.
- 4. Las fotocopias de los documentos de identificación deberán ser ampliadas al 150 %
- 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 la afiliación de padres la declaración ante COMFACAUCA la debe diligenciar y firmar el trabajador, el padre y la madre . Para la afiliación de hijastros la declaración ante COMFACAUCA la debe diligenciar y firmar la madre o padre biológico de los beneficiarios a afiliar.
- 11. **COMFACAUCA se reserva el derecho de solicitar las pruebas que estime convenientes, para casos especiales no contemplados en el presente documento.**
- 12. Las personas a cargo del trabajador que cumplan 12 años deben presentar certificado escolar desde el mes en que los cumplen e igualmente al inicio de cada período escolar calendario A o B para tener derecho a recibir la cuota monetaria. ley 789 del 2002 Art.3 **(renovar cada inicio de año escolar)**
- 13. Los universitarios deben acreditar sus certificados de estudio para cada semestre (6 meses) para recibir la cuota monetaria hasta los 18 años 11 meses.
- 14. Para certificar la invalidez de los menores de 18 años deben presentar el último control médico con fecha de expedición menor a 30 días para la presentación a COMFACAUCA.
- 15. Para la certificación de supervivencia de padres o personas a cargo del trabajador normales o discapacitadas EXTRANJERAS, deben presentar copia de la certificación médica de la EPS donde conste tipo de discapacidad Con fecha de expedición menor a 30 días para la presentación a Comfacauca.
(Lo anterior se requiere porque las personas extranjeras no figuran en la base de datos de la Registraduría quien es la entidad que certifica la vigencia del documento de identidad de las personas en Colombia)

RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR

TRABAJADOR

- 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 mayores de 60 años, siempre y cuando ninguno de los dos reciba SALARIÓ, RENTA O PENSIÓN ALGUNA, dependan económicamente del trabajado y NO reciban Subsidio del programa Colombia mayor. No podrán cobrar simultáneamente éste subsidio más de un trabajador.

INVALIDEZ

Los padres, los hermanos huérfanos de padres y los hijos que sean inválidos o de capacidad física disminuida que les impida trabajar , causarán doble cuota de subsidio familiar, sin limitación en razón de su edad.
El Certificado que acredite la invalidez debe ser expedido por la EPS donde esté afiliado indicando el tipo de discapacidad.

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

- 1. En caso de muerte de una de las personas a cargo por la 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 treinta días 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 recibía subsidio. La Empresa debe dar aviso inmediato a COMFACAUCA de la muerte del trabajador, enviando el registro civil de defunción a más tardar dentro de los treinta días siguientes a la fecha del fallecimiento.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE (Ley 789 del 2002)

- **Aporte del 2% sobre ingresos (SMLMV)**
- Debe cotizar sobre salud y pensión.
- El aporte lo deben cancelar por pila
- Tienen derecho a los servicios de educación, capacitación recreación y turismo.
- No tiene derecho a la cuota monetaria del subsidio familiar.
- Categoría que corresponda.

MADRES COMUNITARIAS (APORTAN EL 4% sobre el smlmv)

- Las madres comunitarias deben realizar el aporte con base en el SMLMV con destino a COMFACAUCA para la afiliación a los servicios que brinda la Caja. Así:
- Los mismos requisitos del trabajador dependiente.
- Las madres comunitarias deben cancelar por PILA el 4% con base en el SMLMV. Por intermedio de la asociación que las vinculó como trabajadoras dependientes.

FACULTATIVOS

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

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

AFILIACIÓN DE VOLUNTARIOS (no tienen derecho a la cuota monetaria)

- Debe cancelar aportes sobre el 0.6% de los ingresos reportados para el pago de la salud, nunca inferior al SMLMV
- Tienen solo derecho a los servicios capacitación recreación y turismo.
- Fotocopia del recibo de pago de aportes a salud y pensión
- El aporte lo deben cancelar por pila.
- Categoría B
- 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.



INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (Diligenciamiento exclusivo de COMFACAUCA)
MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN (Diligenciamiento exclusivo de COMFACAUCA)

PARTE A. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Escriba la Razón Social (nombre) como figura en el RUT o Nombre de la Persona Natural como figura en la Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería o Tarjeta de Identidad.
NIT - CÉDULA DE CIUDADANÍA - CÉDULA EXTRANJERÍA - TARJETA DE IDENTIDAD - PASAPORTE: Registre el Nit asignado por la DIAN o la Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Tarjeta de Identidad o Pasaporte cuando se trate de Persona Natural.
D/V: Escribir el dígito de verificación que figura en el RUT (último número después del guión).

PARTE B. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Registre los nombres y apellidos completos según el campo asignado.
FECHA DE NACIMIENTO: Registre la fecha de nacimiento indicando el Año-Mes-Día.
SEXO: Marque con una (X) M para Masculino y F para Femenino.
TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: Seleccione el tipo de documento y registre el respectivo número de identificación con lugar y fecha de expedición.
ESTADO CIVIL: Marque con una (X) el estado civil actual (soltero-casado) y su condición actual de soltería (viudo, unión libre, divorciado, etc).
SECTOR: Marque con una (X) si vive en sector urbano o rural (describa la ubicación de la vereda o corregimiento de su vivienda).
Registre la Dirección (Municipio, Departamento, País) el Teléfono y el E-mail.

INFORMACIÓN LABORAL

REGISTRE LA DIRECCIÓN ACTUAL, EL MUNICIPIO DONDE RESIDE, EL TELÉFONO Y EL E-MAIL.
MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO DONDE LABORA: Registre el municipio y departamento de la ubicación laboral actual.
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: Escriba el Año-Mes-Día de la fecha de ingreso a la Empresa.
CARGO QUE DESEMPEÑA: Registre el nombre del cargo que desempeña actualmente en la empresa.
Nº HORAS LABORADAS: Registre el número de horas que labora mensualmente.
SALARIO: Escriba el valor total del salario que devenga mensualmente. registre salario básico y demás factores que reciba mensualmente.
JEFE DE HOGAR: Si es jefe de hogar marque con una (X) la casilla SI, si no es jefe de hogar, marque con una (X) la casilla NO.

TRABAJADOR DEL SECTOR AGROPECUARIO: Si es trabajador del sector agropecuario marque con una (X) la casilla SI, si no es trabajador del sector agropecuario, marque con una (X) la casilla NO.
ACTIVIDAD DESEMPEÑADA EN EL SECTOR AGROPECUARIO: Marque con una (X) la actividad específica que realiza en el sector agropecuario.

PARTE C. INFORMACIÓN DEL (A) CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) CON EL CUAL CONVIVE ACTUALMENTE

NOMBRE DEL(A) CÓNYUGE: Registre los nombres y apellidos completos según el campo asignado.
FECHA DE NACIMIENTO: Registre la fecha de nacimiento indicando Año-Mes-Día.
CONVIVEN: Marque con una (X) la casilla correspondiente.
TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: Seleccione el tipo de documento y registre el respectivo numero de identificación con lugar y fecha de expedición.
TIPO DE RELACIÓN: Marque con una X en la casilla correspondiente al tipo de relación actual.
CÓNYUGE: Calidad que ostentan los dos miembros de la unión derivada del matrimonio civil o católico.
COMPAÑERO (A): Calidad que ostentan los dos miembros de una unión libre.
OCUPACIÓN: Marque con una X la casilla correspondiente a la ocupación actual.
EMPRESA DONDE LABORA: Escriba el Nombre o la Razón Social de la empresa donde labora y N° del NIT.
SUBSIDIO: si en la actualidad recibe subsidio subsidio de la empresa donde labora, marque SI, de lo contrario marque NO.
CAJA POR EL CUAL RECIBE SUBSIDIO: Escriba el nombre de la Caja por el cual esta recibiendo subsidio.

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

NOMBRE DEL (A) CÓNYUGE : Registre los nombres y apellidos completos según el campo asignado.
FECHA DE NACIMIENTO: Registre la fecha de nacimiento indicando Año-Mes-Día.
TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: Seleccione el tipo de documento y registre el respectivo número de identificación con lugar y fecha de expedición.
OCUPACIÓN: Marque con una X la casilla correspondiente a la ocupación actual.
EMPRESA DONDE LABORA: Escriba el Nombre o la Razon Social de la empresa donde labora y N° del NIT.
SUBSIDIO: Si en la actualidad recibe subsidio de la empresa donde labora, marque SI, de lo contrario marque NO.
CAJA POR LA CUAL RECIBE SUBSIDIO: Escriba el nombre de Caja por la cual esta recibiendo subsidio.

PARTE E. INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS: Registre los nombres y apellidos completos según el campo asignado.
FECHA DE NACIMIENTO: Registre la fecha de nacimiento indicando el Año-Mes-Día.
SEXO: Marque con una (X) M para Masculino y F para Femenino.
CAPACIDAD DE TRABAJO: Marque la casilla si tiene mas del 60% de incapacidad física o mental.
TIPO DE PARENTESCO: Marque con una (X) en la casilla correspondiente al parentesco con el trabajador.
TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: Selecciones el tipo de documento y registre el respectivo numero de identificación con lugar y fecha de expedición.
N/A: Diligenciamiento exclusivo de COMFACAUCA.

OBSERVACIONES: Diligenciamiento exclusivo de COMFACAUCA
RADICACION: Diligenciamiento exclusivo de COMFACAUCA



Visítenos en www.comfacauc.com
y conozca todos los servicios
que tenemos para usted y su familia.

