


<div></div>		FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR Y NÚCLEO FAMILIAR										Código: F-ASF-09													
		PROCESO APORTES Y SUBSIDIO										Fecha: 19-11-2024													
												Versión: 04													
ELABORÓ/ ACTUALIZÓ		REVISÓ										APROBÓ													
Analista de Calidad		Líder de Proceso de Aportes y Subsidio										Dirección Administrativa													
Adicion	Retiro	Reintegro	1. Datos del trabajador																						
Tipo de identificacioón					Numero de identificación del trabajador					Genero				Estado Civil											
CC	CE	PPT	PEP	TI						M		F		I		CA		UL		SE		SO		VI	
Apellidos del trabajador					Nombres del trabajador										Fecha de Nacimiento										
															D D M M A A A A										
Direccion de residencia					Barrio de residencia					Ciudad/Municipio/Vereda					Fecha de Expedición										
															D D M M A A A A										
Celular			Autoriza envio de E-mail		Correo Electronico										Discapacidad										
			SI NO												SI NO										
Nivel de estudio			Factor de vulnerabilidad					Pertenencia Etnica				Orientacion Sexual													
												Heterosexual			Bisexual										
Vivienda Propia			SI		NO		Cabeza de Hogar				SI		NO		Homosexual			No disponible							
* Ver descripcion de estos conceptos al final del formulario																									
2. Datos del empleador																									
Nombre o razon social del empleador										NIT / CC					DV	Telefono empresa									
3. Datos de vinculacion del trabajador																									
Fecha de ingreso a la empresa					Horas total mes		Cargo					Salario Basico Mensual					Trabaja en otra empresa								
D D M M A A A A																	SI NO								
Tipo Afiliado					Tipo de salario										Tipo de contrato										
Si su respuesta fue afirmativa, diligencie los siguientes campos																									
NIT / CC					Razon social					Salario					Horas Mes		Recibe Subsidio								
																	SI NO								
4. Datos del conyuge y/o compañero(a) permanente																									
1	ADICIÓN		Tipo de identificacioón					Numero de identificación					Fecha de Nacimiento												
	RETIRO		CC	CE	PPT	PEP	TI						D D M M A A A A												
Apellidos										Nombres															
Celular					Ocupacion					Empresa donde trabaja					Salario Basico Mensual										
5. Datos de los beneficiarios																									
1	ADICIÓN		Parentesco			Tipo de identificacioón					Numero de identificación					Edad									
	RETIRO		HI	PA	HE	CC	CE	PPT	RC	TI															
Apellidos										Nombres															
Fecha de Nacimiento					Fecha de Expedición					Genero			Discapacidad		Actividad Economica										
D D M M A A A A					D D M M A A A A					M F I			SI NO												
2	ADICIÓN		Parentesco			Tipo de identificacioón					Numero de identificación					Edad									
	RETIRO		HI	PA	HE	CC	CE	PPT	RC	TI															
Apellidos										Nombres															
Fecha de Nacimiento					Fecha de Expedición					Genero			Discapacidad		Actividad Economica										
D D M M A A A A					D D M M A A A A					M F I			SI NO												
3	ADICIÓN		Parentesco			Tipo de identificacioón					Numero de identificación					Edad									
	RETIRO		HI	PA	HE	CC	CE	PPT	RC	TI															
Apellidos										Nombres															
Fecha de Nacimiento					Fecha de Expedición					Genero			Discapacidad		Actividad Economica										
D D M M A A A A					D D M M A A A A					M F I			SI NO												
4	ADICIÓN		Parentesco			Tipo de identificacioón					Numero de identificación					Edad									
	RETIRO		HI	PA	HE	CC	CE	PPT	RC	TI															
Apellidos										Nombres															
Fecha de Nacimiento					Fecha de Expedición					Genero			Discapacidad		Actividad Economica										
D D M M A A A A					D D M M A A A A					M F I			SI NO												
5	ADICIÓN		Parentesco			Tipo de identificacioón					Numero de identificación					Edad									
	RETIRO		HI	PA	HE	CC	CE	PPT	RC	TI															
Apellidos										Nombres															
Fecha de Nacimiento					Fecha de Expedición					Genero			Discapacidad		Actividad Economica										
D D M M A A A A					D D M M A A A A					M F I			SI NO												
AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS PERSONALES																									
<p>En cumplimiento del artículo 15 de la C.P de Colombia, LSSICE 34 del 11 de julio de 2002, expedido por la Sociedad de la Informacion y de Comercio Electronico, Decreto 1720 de 2007, Circular 02 de 2015, expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio, artículo 5.4 de la Ley Organica de Proteccion de Datos, Decreto 1377 de 2013, por el cual se regamenta parcialmente la ley 1581 de 2012, derogado parcialmente por el decreto 1081 d 2015, en concordancia con las politicas de privacidad de la Caja de Compensacion Familiar de Sucre, Comfasucre, autorizo a esta Caja de Compensacin Familiar a tratar mi informacón personal y la informacón personal de los menores de edad a quienes represento para: recolectarla, almacenarla, procesarla, circularla, suprimirla, compartirla y transmitirla de acuerdo con los términos y condiciones de las Políticas de Tratamiento de Datos Personales Vigentes la cual puede consultar en nuestro sitio <a href="http://www.comfasucre.com.co">www.comfasucre.com.co</a>, así como los mecanismos dispuestos para ejercer sus derechos; con el fin de hacer posible la prestación de los servicios, para reportes a autoridades de control y vigilancia y fines de uso administrativo, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos. Como titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos en el momento que lo soliciten, presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio, por infracción a la ley, revo car la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder de forma gratuita a los mismos.</p>																									
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																									
Firma del trabajador (a)					Firma y sello de la empresa										Sello de Radicacion										
Numero de Documento																									
Observaciones																									
Para uso exclusivo de COMFASUCRE, Numero de documentos aceptados																									
Registro Civil	Declaracion Juramentada	Certificado Escolar	Fotocopia Cedula	Fotocopia Tarjeta Identidad	Certificado EPS	Certificado Discapacidad	Registro Defuncion	Custodia Legal	Copia Desprendible	Certificado Laboral Conyuge															

	Fecha de Solicitud	Año	Mes	Día	Ciudad/Municipio

YO \_\_\_\_\_

Identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ P.E. ☐ PPT ☐ T.I. ☐ Número \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA DECLARACION

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 ☐

Declaro bajo la gravedad de juramento 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

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)

Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			

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 compañero(a) permanente

Declaro que el(la) Señor(a): \_\_\_\_\_ Identificado(a) con el tipo de documento \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses. Además el(la) Señor(a) actualmente se desempeña como:  
Dependiente \_\_\_\_\_ independiente \_\_\_\_\_ Pensionado(a) \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_ No labora \_\_\_\_\_

3. PADRES O HERMANO (S) HUERFANO (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 está(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar.

Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario
	Tipo	Número			

Firma del padre	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.

Declaro que la (s) persona(s) a cargo relacionadas, hacen parte de mi núcleo familiar y no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, no se encuentra(n) afiliado(s) a otra Caja de Compensación Familiar.  
5. Para afiliación de HIJASTRO, adicionalmente declaro que el otro 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.  
6. En caso de terminación de la convivencia con el/la señor(a) \_\_\_\_\_, me comprometo ante la Caja a la notificación inmediata del cambio de estado, y en caso de no hacerlo, me obligo a devolver las sumas correspondientes al subsidio familiar que me hayan sido canceladas indebidamente, autorizo a COMFASUCRE aplicar descuentos sobre cuotas monetarias que reciba por otras personas a cargo, hasta cancelar la totalidad de la deuda, en caso de no tener más beneficiarios, autorizo a COMFASUCRE para que inicie el proceso de recobro por medio de mi empleador.  
7. Me comprometo con Comfasucre a reportar todas las novedades que se presenten en grupo familiar, como lo establece el artículo 37 de la ley 21 de 1982.

**NOTA:** La fecha de diligenciamiento 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 e iniciar las acciones jurídicas correspondientes.

Firma del declarante	Observaciones:
Documento identidad:	

REQUISITOS GENERALES

Requisitos Para Afiliacion Trabajador soltero	Requisitos Para Afiliacion Trabajador y nuclero Familiar	Beneficiarios en condicion de Discapacidad
Formulario de Afiliacion diligenciado y firmado por el trabajador Fotocopia cedula trabajador	Formulario de Afiliacion diligenciado y firmado por el trabajador Fotocopia cedula trabajador Fotocopia cedula del conyuge Registro civil nacimiento para demostrar parentesco (Copia folio) Fotocopia tarjeta de identidad a partir de los 7 años Fotocopia cedula ciudadanía beneficiarios mayores de 18 años Formato declaracion juramentada diligenciada Certificado escolar a partir de los 12 años	Certificado discapacidad entidad competente, IPS autorizada por la secretaria de salud o juntas regionales de calificacion, donde conste la discapacidad disminuida que impide trabajar.
Requisitos Para Afiliacion Trabajador con Conyuge sin Hijos		Solicitud Cuota Fallecimiento Beneficiario Formulario de Afiliacion diligenciado y firmado por el trabajador. Marcar casilla retiro en el beneficiario. Anexar registro civil de defuncion. Solicitud Cuota Fallecimiento Trabajador Formulario de Afiliacion diligenciado y firmado por conyuge o persona a cargo de los beneficiarios. Certificado de defunción trabajador. Acta juramentada firmada por conyuge o persona a cargo beneficiarios
Requisitos Para Afiliacion de Hijastros	Requisitos Para Afiliacion Padres mayores de 60 años	Retiro de Conyuge Formulario de Afiliacion diligenciado y firmado por el trabajador  Marcar casilla retiro en el conyuge  Disolucion marital de hecho (Union Libre) o Acta de divorcio si es casado
Formulario de Afiliacion diligenciado y firmado por el trabajador. Fotocopia cedula trabajador. Fotocopia cedula conyuge. Registro civil para demostrar parentesco (Copia folio). Fotocopia tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Fotocopia cedula ciudadanía beneficiarios mayores de 18 años. Certificado escolar a partir de los 12 años. Custodia legal expedida por la autoridad competente, firmada por conyuge o compañero permanente que lo aporta al hogar. En caso de haber fallecido el padre o madre biologico debe aportar RC de defunción. Formato declaracion juramentada diligenciada, firmada por trabajador y conyuge.	Formulario de Afiliacion diligenciado y firmado por el trabajador. Fotocopia cedula trabajador. Fotocopia cedula padre o madre. Registro civil trabajador para desmostrar parentesco (Copia folio) Acta Juramentada, Padre debe firmar acta juramentada, sino huella Certificado ADRES del padre si es subsidiado, si el padre figura como contributivo debe presentar certificado afiliacion EPS donde indique que es beneficiario del trabajador afiliado	