

										FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR Y NÚCLEO FAMILIAR																									
Adición		Retiro		Reintegro		1. Datos del trabajador																													
Tipo de identificación										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					ZONA					Fecha de Expedición															
															U					R					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																				
Dep					Ind					P.do					Vet					Serv D															
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)																																			
1	ADICIÓN		Tipo de identificación							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 identificación							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					SI NO																				
2	ADICIÓN		Parentesco							Tipo de identificación							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					SI NO																				
3	ADICIÓN		Parentesco							Tipo de identificación							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					SI NO																				
4	ADICIÓN		Parentesco							Tipo de identificación							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					SI NO																				
5	ADICIÓN		Parentesco							Tipo de identificación							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					SI NO																				
AUTORIZACION TRATAMIENTODATOS PERSONALES																																			
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 reglamenta parcialmente la ley 1581de 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 www.comfasucre.com.co, 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, revocar la autorización y/o																																			
SI ☐ NO ☐																																			
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															

 Comfasucre de todos		REQUISITOS GENERALES	
Requisitos Para Afiliación Trabajador soltero		Requisitos Para Afiliación Trabajador y nuclero Familiar	
Formulario de Afiliación diligenciado y firmado por el trabajador Fotocopia cedula trabajador		Formulario de Afiliación 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	
Requisitos Para Afiliación Trabajador con Conyuge sin Hijos		Beneficiarios en condicion de Discapacidad	
Formulario de Afiliación diligenciado y firmado por el trabajador Formato declaracion juramentada diligenciada Fotocopia cedula trabajador Fotocopia cedula conyuge y/o comañerp permanente		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 Afiliación de Hijastros		Solicitud Cuota Fallecimiento Beneficiario	
Formulario de Afiliación 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 Afiliación diligenciado y firmado por el trabajador. Marcar casilla retiro en el benficiario. Anexar registro civil de defuncion.	
Requisitos Para Afiliación Padres mayores de 60 años		Solicitud Cuota Fallecimiento Trabajador	
Formulario de Afiliación 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 Afiliación EPS donde indique que es beneficiario del trabajador afiliado		Formulario de Afiliación diligenciado y firmado por conyuge o persona a cargo de los beneficiarios. Certificado de defuncion trabajador Acta juramentada firmado por conyuge o persona a cargo de los beneficiarios.	
Requisitos Para Afiliación Pensionados		Retiro de Conyuge Formulario de	
Formulario de Afiliación diligenciado y firmado por el pensionado. Copia documento de identidad Certificado o Resolución de pension Colilla de pago de la ultima mesada pensional		Afiliación diligenciado y firmado por el trabajador Marcar casilla retiro en el conyuge Documento en la que conste cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.	
Requisitos Para Afiliación Veteranos		Requisito Afiliación de Hijo de Crianza	
Formulario de afiliación del trabajador Copia documento de identidad Certificado de la calidad de veterano, expedida por el Ministerio de Defensa en concordancia con la Ley 1979 de 2019.		Declaración de Hijo de Crianza proferida por un juez o notario, dandole aplicabilidad a la Ley 2388 de 2024 Registro civil del hijo de Crianza donde conste la respectiva anotación	
Requisitos Para Afiliación independientes			
Formulario de afiliación del trabajador Copia documento de identidad Declaracion donde conste el valor y la fuente de ingreso (ultima planilla de pago) Certificado de paz y salvo de otra Caja, si estuvo afiliado. Solicitud de afiliación como independiente			
			
Nota: Se aclara que todos los documentos anexo al formulario de Afiliación aportados por el solicitante estaran sujetos a verificación y validación por parte de la Caja.			
OMISIÓN DECLARACIÓN JURAMENTADA MENORES DE 18 AÑOS			
Con fundamento en el artículo 2347 del Código Civil y la Ley 1098 de 2006, se omite la presentación del formato de dependencia económica para hijos menores de 18 años, siempre que previamente Comfasucre, cuente con la documentación que acredite el parentesco y no se evidencie separación de los padres biológicos.			
INSTRUCTIVO AFILIACIÓN			
TIPO AFILIADO: Regular, Madre Comunitaria, Servicio Domestico, Trabajador por dias.TIPO DE SALARIO: Fijo, Integral, Variable.TIPO DE CONTRATO: Obra/Labor, Termino Fijo, Termino Indefinido.NIVEL EDUCATIVO: Preescolar, Basica, Secundario, Media, Basica Adultos, Secundaria Adultos, Media Adultos, Primera Infancia, Tecnico/Tecnologico, Profesional Universitario, Postgrado/Maestria, Ninguno, Informacion no disponible. FACTOR DE VULNERABILIDAD: Desplazado, Victima del conflicto armado, Desmovilizado o reinsertado, Damnificado desastre natural, Cabeza de familia, Hijo de madre Cabeza de familia, En condicion de discapacidad, Poblacion migrante, Poblacion zonas fronterizas, Ejercicio del trabajo sexual, No Aplica.PERTENENCIA ETNICA: Afrocolombiano, Comunidad negra, Indigena, Palenquero, Raizal del Archipelago de San Andres, Providencia y Santa Catalina, Room/Gitano, No se auto reconoce en ningun de los anteriores.			