



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR

MARQUE CON UNA X SEGÚN EL CASO			
Trabajador Dependiente	<input type="checkbox"/>	Pensionado	<input type="checkbox"/>
Trabajador independiente	<input type="checkbox"/>	Pensionado Fidelización	<input type="checkbox"/>
Inscripción personas a cargo			
Si su afiliación anterior fue con el mismo empleador		AÑO	MES
de su afiliación actual, indique última fecha de retiro		DÍA	
Código			Agencia



### DATOS DEL EMPLEADOR

NIT	CC	PA	CE	No.	Digito de verificación	Representante Legal	Documento de identidad
Razón Social							
Dirección							
Barrio				Municipio		Departamento	Teléfono

### DATOS DEL TRABAJADOR

TI	CC	PA	RC	CE	PE	No.																
Primer Apellido			Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre													
Fecha de Nacimiento		Código sexo	ESTADO CIVIL			Fecha de Vinculación con el empleador			Trabajador Servicio Doméstico		Carga Actual:		Tiempo completo		Salario Básico: \$							
Año Mes Día		M F	Casado	Unión libre	Soltero	Año	Mes	Día	SI	NO	Trabajador exento de pago de aportes	Días	Horas	Fijo	Variable							
Dirección Residencial:											Teléfono		Celular									
Barrio:				Departamento:				Correo Electrónico:														
Municipio:				Zona		Nivel Escolaridad		Preescolar	Básica (1° a 5°)	Secundaria (6° a 9°)	Media (10° a 11°)	Básica Adultos (1° a 5°)	Secundaria Adultos (6° a 9°)									
				Urbana (Ciudad)	Rural (Campo)	Media Adultos (10° y 11°)	Primera Infancia	Técnico/ Tecnológico	Profesional Universitario	Posgrado/ Maestría	Ninguna											

### DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nit.	Nombre o Razón Social	Horas al mes trabajadas	Salario Mensual: \$
Nit.	Nombre o Razón Social	Horas al mes trabajadas	Salario Mensual: \$

### DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

TI	CC	PA	RC	CE	PE	No.	Año	Mes	Día			
Primer Apellido			Segundo Apellido			Primer Nombre			Fecha de Nacimiento			
Primer Apellido			Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre			
Trabaja		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Independiente		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Empresa		Carga Actual		
Salario Básico: \$				Recibe Subsidio en dinero				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En cuál caja de compensación familiar:		

### PERSONAS A CARGO

ESPACIOS EN GRIS PARA USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO SANTANDER

C u o t a S e r v i c i o s M o n e t a r i a	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	Código SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO					GRADO ESCOLARIDAD	DISCAPACITADO
	Escriba según corresponda:						M	F	Año	Mes	Día	H I J O / A	H I J A S T R O / A	P A D R E / M A D R E	H E R M A N O / A	ESTUDIANTE		
	RC: Registro Civil	TI: Tarjeta de Identidad																
	Tipo	Número																

### DECLARACIÓN JURAMENTADA

**BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARAMOS QUE LOS DATOS ANTERIORMENTE RELACIONADOS SON EXACTOS, VERÍDICOS Y CORRESPONDEN A LA CONFORMACIÓN ACTUAL DEL GRUPO FAMILIAR DEL TRABAJADOR, ACEPTANDO QUE ESTA INFORMACIÓN ES LA QUE QUEDARÁ REGISTRADA A LA AFILIACIÓN EN COMFENALCO SANTANDER.**

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN**  
 Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos personales del menor de edad o persona con discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en [www.comfenalcosantander.com.co](http://www.comfenalcosantander.com.co) y/o en la Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente, igualmente declaro haber informado a los titulares beneficiarios y/o dependientes que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfenalco Santander y que cuento con la autorización de éstos para que se de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme a los canales de atención consignados en la misma política. Y que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador  
C.C. No.

Firma y Sello de la Empresa  
Nit. o C.C. No.

ESPACIO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO SANTANDER

**FECHA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS**

La información de este formato está sujeta a verificación

NÚMERO DE DOCUMENTOS RECIBIDOS

Fotocopia Cédula <input type="checkbox"/>	Registro Civil <input type="checkbox"/>	Declaración Juramentada <input type="checkbox"/>	Certificado Escolaridad <input type="checkbox"/>
Certificado Laboral/Madre Biológico <input type="checkbox"/>	Certificado EPS <input type="checkbox"/>	Certificado Laboral Conyugue <input type="checkbox"/>	

FO-AS-7.1-002  
Versión: 16

**Esta copia reemplaza el carné durante 2 meses, a partir de la fecha de radicada la inscripción**

Fecha Rev: 03 /01/2020  
Subproceso: Afiliación y Subsidio.

Señor Trabajador:  
 La Tarjeta de Afiliado que se le entrega con su primera afiliación a Comfenalco Santander permanece vigente para todas las afiliaciones, incluso si cambia de empleador. Si usted ya estuvo afiliado, se le expidió una tarjeta, con esta afiliación no se le generará una nueva. Si extravió la tarjeta de afiliado debe informarlo y solicitar un duplicado, pagando el costo correspondiente.

## INSTRUCCIONES

- Diligencie este formulario en letra imprenta sin enmendaduras ni tachones.
- Los formularios deben presentarse firmados por el empleador y el trabajador, anexando la documentación en cada caso como se muestra en el cuadro.

## RECUERDE:

Tiene derecho al subsidio familiar en dinero el trabajador con remuneración mensual, fija o variable igual o menor a 4 SMLMV, que labore al menos 96 horas al mes; y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a), no sobrepasen los 6 SMLMV, afiliando a:

1. Los hijos que no sobrepasen la edad de 18 años, legítimos, naturales, adoptivos y los hijastros.
2. Los hermanos que no sobrepasen la edad de 18 años, huérfanos de padres, que convivan y dependan económicamente del trabajador.
3. Los padres del trabajador mayores de 60 años, siempre y cuando ninguno de los dos reciba salario, renta o pensión alguna (Art. 3 parágrafo 1. numeral 3 Ley 789 de 2002), y que dependan económicamente del trabajador. Nota: No podrán cobrar simultáneamente este subsidio más de uno de los hijos trabajadores.
4. Si el trabajador labora en más de una empresa se tendrá en cuenta la sumatoria de los salarios recibidos con cada empleador para efectos del pago de la Cuota Monetaria.

## CERTIFICADO ESCOLAR O BOLETÍN DE NOTAS

Recuerde que por ley si su hijo (a), hermano (a) o hijastro (a) tiene más de 12 años debe presentar de forma anticipada el certificado de escolaridad expedido por un establecimiento docente debidamente aprobado. La intensidad horaria debe ser mínimo de 4 horas diarias, 80 horas mensuales.

## REQUISITOS PARA AFILIACIONES

### TRABAJADOR SOLTERO

- Formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador.

### TRABAJADOR CON CÓNYPUGE SIN HIJOS

- Formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador y del cónyuge.
- Declaración juramentada en la cual conste el tiempo de convivencia en unión libre y/o dependencia económica. **NOTA 1:** En la afiliación de cónyuge o compañero permanente, si implica dependencia económica, la declaración juramentada deberá ser firmada por el trabajador y por el cónyuge o compañero.

### TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS

- Formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador.
- Registro civil de nacimiento de los hijos que demuestre parentesco (legible, sin enmendaduras).
- Fotocopia de la tarjeta de identidad para hijos mayores de 7 años.
- Certificado de estudios para hijos mayores de 12 años por un establecimiento docente debidamente aprobado.
- Declaración juramentada en la cual conste la dependencia económica de las personas a cargo.

**NOTA 1:** Si su hijo se encuentra en situación de discapacidad, debe presentar certificado médico de la EPS o de cualquier entidad competente para certificar la discapacidad, en que conste la condición y el tipo de discapacidad.

### TRABAJADORA SOLTERA CON HIJOS

**NOTA:** Hace referencia a los menores en cuyo registro civil de nacimiento figure únicamente la madre.

- Formulario de afiliación.
- Fotocopia de cédula del trabajador.
- Registro civil de nacimiento de los hijos que demuestre parentesco (legible, sin enmendaduras).
- Fotocopia de la tarjeta de identidad para hijos mayores de 7 años.
- Certificado de estudios para hijos mayores de 12 años por un establecimiento docente debidamente aprobado. **NOTA 1:** Si su hijo se encuentra en situación de discapacidad, debe presentar certificado médico de la EPS o de cualquier entidad competente para certificar la discapacidad, en que conste la condición y el tipo de discapacidad.

### TRABAJADOR CON CÓNYPUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

- Formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador y del cónyuge.
- Certificación laboral de ingresos del cónyuge o compañero(a) permanentemente expedido por la empresa donde labora.
- Registro civil de nacimiento de los hijos que demuestre parentesco (legible, sin enmendaduras).
- Fotocopia de la tarjeta de identidad para hijos mayores de 7 años.
- Certificado de estudios para hijos mayores de 12 años por un establecimiento docente debidamente aprobado.
- Declaración juramentada en la cual conste el tiempo de convivencia en unión libre y dependencia económica de las personas a cargo.

**NOTA 1:** Para unión libre se firma declaración juramentada. Si el vínculo es el matrimonio, puede presentar registro civil o partida de matrimonio.

**NOTA 2:** En la afiliación de cónyuge o compañero permanente, si implica dependencia económica, la declaración juramentada deberá ser firmada por el trabajador y por el cónyuge o compañero.

**NOTA 3:** Si su hijo se encuentra en situación de discapacidad, debe presentar certificado médico de la EPS o de cualquier entidad competente para certificar la discapacidad, en que conste la condición y el tipo de discapacidad.

### TRABAJADOR CON CÓNYPUGE E HIJASTROS

- Formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador y del cónyuge.
- Certificación laboral de ingresos del cónyuge o compañero(a) permanentemente expedido por la empresa donde labora.
- Registro civil de nacimiento de los hijastros que demuestre parentesco (legible, sin enmendaduras).
- Fotocopia de la tarjeta de identidad para hijastros mayores de 7 años.
- Certificado de estudios para hijastros mayores de 12 años por un establecimiento docente debidamente aprobado.
- Custodia expedida por la autoridad competente, otorgada al cónyuge y/o compañero del trabajador, en su condición de padre o madre biológico del menor.
- Declaración juramentada en la cual conste el tiempo de convivencia en unión libre y dependencia económica de las personas a cargo.

**NOTA 1:** Para unión libre se firma declaración juramentada. Si el vínculo es el matrimonio, puede presentar registro civil o partida de matrimonio.

**NOTA 2:** En la afiliación de cónyuge o compañero permanente, si implica dependencia económica, la declaración juramentada deberá ser firmada por el trabajador y por el cónyuge o compañero.

**NOTA 3:** Si su hijastro (a) se encuentra en situación de discapacidad, debe presentar certificado médico de la EPS o de cualquier entidad competente para certificar la discapacidad, en que conste la condición y el tipo de discapacidad.

### TRABAJADOR CON PADRES MAYORES DE 60 AÑOS

- Formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador y de cada uno de los padres.
- Registro civil de nacimiento del trabajador que demuestre parentesco (legible, sin enmendaduras).
- Certificado de EPS de los padres donde conste el tipo de afiliación. Vigencia menor a 2 meses.

**NOTA:** Tipo de afiliación a EPS:

1. Beneficiario: El certificado de la EPS debe indicar de quien es beneficiario.
2. Independiente cotizante sólo a salud: Anexar copia de la planilla de pago PILA más reciente.

• Declaración juramentada firmada por el trabajador y por los padres donde conste la dependencia económica.

**IMPORTANTE:** Los documentos para la afiliación de padres deben diligenciarse y/o presentarse por cada uno de ellos.

**NOTA 1:** Cuando NO se afilian ambos padres, se requiere que el padre que se está afiliando manifieste por escrito la no convivencia y/o no dependencia económica del padre que no se va a afiliar; firmada por el padre y el trabajador.

**NOTA 2:** En caso que uno de los padres esté fallecido, suministrar el registro civil de defunción.

**NOTA 3:** Si su padre/madre se encuentra en situación de discapacidad, debe presentar certificado médico de la EPS o de cualquier entidad competente para certificar la discapacidad, en que conste la condición y el tipo de discapacidad

### TRABAJADOR CON HERMANO HUÉRFANO DE PADRES

- Formulario de afiliación.
- Fotocopia de cédula del trabajador y del hermano.
- Registro civil de nacimiento del trabajador y del hermano que demuestre parentesco (legible, sin enmendaduras).
- Fotocopia de la tarjeta de identidad para hermanos mayores de 7 años.
- Registro civil de defunción de cada uno de los padres.
- Certificado de estudios para hermanos mayores de 12 años por un establecimiento docente debidamente aprobado.
- Declaración juramentada en la cual conste la dependencia económica de las personas a cargo.

**NOTA 1:** Si su hermano(a) se encuentra en situación de discapacidad, debe presentar certificado médico de la EPS o de cualquier entidad competente para certificar la discapacidad, en que conste la condición y el tipo de discapacidad

## POR FAVOR TENER EN CUENTA

1. Antes de radicar el formulario de afiliación por favor verifique que no le falte ningún campo por diligenciar, documento por adjuntar, firma de su empleador y suya como trabajador.
2. Si algún documento y/o información falta, no se recibirá el formulario de afiliación hasta que toda la documentación y/o información este completa.
3. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos y serán devueltos inmediatamente.
4. Omitir la información de una persona en el formulario implica excluirla de la afiliación actual del trabajador.
5. Para los trabajadores venezolanos si el Permiso Especial de Permanencia (PEP) fue expedido antes de julio 31 de 2018, deberán presentar pasaporte y PEP; Si fue expedido después de agosto 01 de 2018 sólo deberán presentar el PEP.
6. Las personas extranjeras que adelanten el trámite de inscripción a la Caja en calidad de trabajadores dependientes, independientes y las personas a cargo del trabajador, deben contar con los documentos legalmente exigidos por la normatividad vigente en Colombia, que permitan constatar que se encuentran de forma legal en el territorio nacional.
7. Los documentos expedidos en países diferentes a Colombia, deben estar debidamente apostillados y traducidos (si fuese necesario) por la autoridad competente.

Avenida González Valencia N° 52-69  
Centro de Contacto 6577000

Bucaramanga, Santander.

Departamento de Aportes y Subsidio.

Original: Comfenalco Santander – Copia: Empleador.