

Hacemos parte de Nuestra Región!

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO
MARQUE CON UNA "X"

NUEVA (S) PERSONA (S) A CARGO TRASLADO

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACION				No. DE IDENTIFICACION	TELEFONO
	NIT	C.C.	C.E.	NUIP		

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				No. DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	
		C.C.	T.I.	C.E.	NUIP		AÑO	MES	DIA	F	M
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE										
ESTADO CIVIL ACTUAL				NIVEL EDUCATIVO				CENTRO COSTO			
SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE	PRIM. COMPLETA	BTO. COMPLETO	TECNOLÓGICO						
SEPARADO	DIVORCIADO	VIUDO	PRIM. INCOMPLETA	BTO. INCOMPLETO	UNIVERSITARIO						
FECHA INGRESO EMPRESA		SALARIO BASICO MENSUAL	PROFESION			OTRA EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE				No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	
AÑO	MES		DIA	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA			NOMBRE DE LA EMPRESA				SALARIO BASICO MENSUAL
DIRECCION RESIDENCIA		BARRIO DE RESIDENCIA			MUNICIPIO DE RESIDENCIA			SECTOR		TELEFONO	
								URBANO	RURAL		
DIRECCION DONDE LABORA		BARRIO DONDE LABORA			MUNICIPIO DONDE LABORA			SECTOR		TELEFONO	
								URBANO	RURAL		
VIVE EN CASA PROPIA	CORREO ELECTRONICO (E-MAIL) (SI LO TIENE)			NUMERO DE CUENTA DEL :		BANCO (SI TIENE)		TIPO DE CUENTA			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				TRABAJADOR <input type="checkbox"/> CONYUGUE <input type="checkbox"/>				AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/>			

DATOS DEL CONYUGUE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				No. DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	
				C.C.	T.I.	C.E.	NUIP		AÑO	MES	DIA	F	M
MUNICIPIO DE RESIDENCIA		DIRECCION RESIDENCIA			TELEFONO RESIDENCIA			OCUPACION					
								ESTUDIA		TRABAJA		JUBILADO	
								AMA DE CASA		PENSIONADO			
NIVEL EDUCATIVO				NOMBRE DE LA EMPRESA O EMPLEADOR				SALARIO BASICO MENSUAL	EL (LA) CONYUGUE RECIBE CUOTA MONETARIA		POR CUAL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR		
PRIM. COMPLETA	BTO. COMPLETO	TECNOLÓGICO							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
PRIM. INCOMPLETA	BTO. INCOMPLETO	UNIVERSITARIO											

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		NUMERO DE IDENTIFICACION	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO			DISCAPACITADO		
				C.C.	R.C.		F	M	AÑO	MES	DIA	HUJO	HUJASTRO	PADRES	SI	NO	
													1	2	3		

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACION ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERIDICA

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

RECEPCION DOCUMENTOS

OBSERVACIONES:

REVISADO POR

DIGITADO POR

FECHA



Certificado No. SC5366 - 1
Certificado No. SC5366 - 2
Certificado No. SC5366 - 3
Certificado No. SC5366 - 4

SUPERINTENDENCIA
DEL SUBSIDIO FAMILIAR
VIGILADO

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
2. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso particular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
3. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa y cédula del trabajador.
4. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser ampliadas al 200% y legibles.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCION

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.

1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliado el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.
5. Si el trabajador se encuentra activo por otra empresa.

TODA AFILIACION PARA SERVICIOS DEBE ESTAR SOPORTADA POR:

Fotocopia de la cédula del trabajador, del cónyuge o compañero (a) permanente.

PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nueva (s) persona (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario.

AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO:

● HIJOS:

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Registro civil de los niños con parentesco (que diga el nombre de los padres).
- Fotocopia de la cédula de ambos padres de los niños a afiliar, si es fallecido y el número de cédula no aparece en el registro civil, presentar la constancia de defunción.
- Si el trabajador es hombre, la madre de los niños debe tramitar y autenticar el formato de dependencia económica que se le adjunta o firmarlo en las oficinas de subsidio familiar en el Centro de Servicios (Calle 14 No. 14 - 66).
- Si tiene Hijos inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar constancia expedida por el medico especialista donde éste certifique que la incapacidad le impide trabajar.
- Tramitar la constancia de trabajo del conyuge (si este labora).

NOTA: A partir de los doce años se debe presentar la constancia de estudio de los niños afiliados y posteriormente todos los 10 de marzo de cada año para que no se le suspenda el pago de la cuota monetaria. Si los cumple en vacaciones escolares debe presentar el ultimo boletín de notas firmado por el colegio. Para estudios técnicos se requiere una intensidad horaria mínima de 80 horas mensuales.

● HIJASTROS:

- Dependencia económica (lo suministra la Trabajadora Social de Comfacsar, en Valledupar y en los Municipios donde tenemos oficinas, en donde no tenemos sede se presenta con una declaración extrajuicio).
- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia de la cédula del trabajador.
- Registro civil del niño con parentesco del trabajador, es decir que diga el nombre de los padres.
- Copia de la cédula del padre biológico y madre.
- Certificado de los tres juzgados de familia que no tiene demanda (padre o madre).
- Registro de defunción del padre o madre si es fallecido.
- Constancia de estudio si el niño es mayor de 12 años.

● CONYUGES:

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía del cónyuge.
- Tramitar la constancia de Trabajo (si este labora).

● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años):

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia de la cédula del trabajador.
- Registro civil o partida de bautismo del trabajador con parentesco.
- Copia de la cedula del padre o madre que vaya a afiliar.
- Declaración extrajuicio firmada por los padres donde manifiestan que dependen económicamente del hijo, que no reciben renta, salario ni pensión y que no están afiliados por otros hijos a otra Caja de Compensación del país.
- Si los padres residen en otro departamento deben presentar constancia de no afiliados a la cajas de compensación del respectivo departamento.
- Si tiene padres inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar constancia expedida por el medico especialista donde éste certifique que la incapacidad le impide trabajar.

● HERMANOS HUERFANOS DE PADRES

- Solicitar visita de la Trabajadora Social.
- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro Civil del Trabajador que incluya el nombre de los padres
- Registro civil del hermano que incluya el nombre de los padres
- Registro de Defunción de ambos padres.
- Certificación escolar si es mayor de 12 años
- Si tiene hermanos inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar constancia expedida por el medico especialista donde éste certifique que la incapacidad le impide trabajar.