

FORMULARIO PARA AFILIACION DE TRABAJADORES



Cra. 10 N° 16-81 Tel. 7441515 - 7441533

Diligencie este Formulario para Afiliación de Trabajadores según lo explicado en el Instructivo que se encuentra al respaldo.

Ciudad Fecha:

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
| | | |

Uso Exclusivo de Comfaboy:
Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE PATRONO: NIT / C.C. / C.E.:

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

| | | | | | | | |
|--|--------------------|---|----------------------------|----------------------|------|-----------------------|------|
| PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: | N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | C.C. | C.E. | T.I. | NUIP |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA: | DEPARTAMENTO: | TELEFONO: | | | | |
| ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO | | | | | | | |
| CONTRATO: <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> TERMINO FIJO <input type="checkbox"/> POR TAREA | | FECHA INGRESO: | | FECHA TERMINACION: | | CIUDAD DONDE TRABAJA: | |
| INGRESO MENSUAL (\$): | | HORAS LABORADAS MES: | | CARGO QUE DESEMPEÑA: | | | |
| COMO DESEA QUE SE LE PAGUE LA CUOTA MONETARIA: TARJETA AFILIACIÓN Y SERVICIOS <input type="checkbox"/> EN CUENTA DE AHORROS <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| SI ES CUENTA ESPECIFIQUE: | | | | | | | |
| NÚMERO: | | AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> | | NOMBRE DEL BANCO: | | | |
| SI ES EN CHEQUE ESPECIFIQUE CIUDAD DE GIRO: | | | | | | | |

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | NIT | HORAS LABORADAS MES | CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA | SALARIO MES |
|-----------------------|-----|---------------------|---|-------------|
| | | | | |
| | | | | |

IV. DATOS EMPLEADOR O EMPRESA PARA LA CUAL TRABAJO ANTERIORMENTE

NOMBRE O RAZON SOCIAL: NIT: FECHA RETIRO:

V. DATOS CONYUGE O COMPANERA(O) ACTUAL

| | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------|---|------|------|------|------|
| PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: | N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | C.C. | C.E. | T.I. | NUIP |
| DIRECCION | CIUDAD | DEPARTAMENTO | TELEFONO | | | | |
| TRABAJA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: | SALARIO MENSUAL: | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTA AFILIADA(O) | | | | |
| CONVIVE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | |

VI. DATOS HIJOS Y HERMANOS A CARGO

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | DOC. DE IDENTIDAD | | SEXO | | FECHA NACIMIENTO | | | PARENTESCO | | | GRADO ESCOLARIDAD (1*) | NUMERO DOCUMENTO IDENTIFICACION PADRE BIOLÓGICO DIFERENTE A TRABAJADOR (2°) | |
|-----------------|------------------|---------|-------------------------------|--------|------|---|------------------|-----|-----|------------|----------|---------|------------------------|---|--|
| | | | TIPO | NÚMERO | M | F | Día | Mes | Año | HIJO | HIJASTRO | HERMANO | | | |
| | | | C.C. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | T.I. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | C.E. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | NUIP <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |

1° INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N(Ninguno), P(Primaria), B(Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)

2° REGISTRE EL NUMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR QUE SE ESTA AFILIANDO

VII. DATOS PADRES A CARGO

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|------------------|---------|-------------------------------|--------|------|---|------------------|-----|-----|--|--|--|--|--|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | DOC. DE IDENTIDAD | | SEXO | | FECHA NACIMIENTO | | | | | | | |
| | | | TIPO | NÚMERO | M | F | Día | Mes | Año | | | | | |
| | | | C.C. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | C.E. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | NUIP <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |

RECIBIDO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Declaro bajo la gravedad de juramento que los datos contenidos en este informe son exactos y pueden ser verificados.

FIRMA DEL TRABAJADOR

Vo.Bo. FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA O PATRONO



| | |
|-----------------------------------|--|
| Observación: <input type="text"/> | Cantidad de Folios: <input type="text"/> |
|-----------------------------------|--|

INSTRUCTIVO Y DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Anexe copias legibles y/o originales de los Documentos requeridos y entreguelos directamente o a través de su Empleador para que este los haga llegar a la oficina de Subsidio y Aportes de COMFABOY, solicite el recibido del formulario.

- No se aceptan documentos con enmendaduras y sin las respectivas firmas y sellos.

- Toda documentación completa que sea presentada antes del día 10 tiene derecho a percibir subsidio por el mes inmediatamente anterior.

- El Patrono debe averiguar precisamente sobre la veracidad de los datos registrados en el formulario; así mismo sobre que los hijos están vivos y dependen económicamente del trabajador .

-La ley establece que no hay derecho al subsidio en fracciones, pero será reconocido al trabajador permanente que haya prestado sus servicios al patrono durante 96 horas al mes y su remuneración sea proporcional a estas, y al trabajador que labore el tiempo completo cuya remuneración mensual no sea inferior a Un Salario Mínimo Legal Vigente.

DILIGENCIA LA INFORMACION SOLICITADA EN EL FORMULARIO E INDIQUE A CONTINUACION EL NUMERO DE DOCUMENTOS:

I. DATOS DEL EMPLEADOR: Diligencie en forma correcta la Razón Social y el número del Nit de la Empresa o Patrono para el cual trabaja.

II. DATOS DEL TRABAJADOR: Llene completamente la información solicitada del trabajador.

- Fotocopia de su Cédula de Ciudadanía

III / IV. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA ACTUALMENTE Y TRABAJO ANTERIORMENTE:

- En caso de laborar simultáneamente para otros empleadores llene la información solicitada, así mismo para el último empleador para el cual trabajó

V. DATOS CONYUGE O COMPAÑERO(O) ACTUAL: Llene completamente la información solicitada de la compañera(o) con la(el) cual convive actualmente y que desea que aparezca en el Carné de Servicios de COMFABOY.

Anexe los siguientes documentos.

- Si son casados. Partida Matrimonio

- Fotocopia Cédula de Ciudadanía Compañera(o).

Si el trabajador es separado, probarlo así:

- En caso de vínculo matrimonial católico o civil. Separación legal. Sentencia de disolución sociedad conyugal o escritura de separación.

Para demostrar las separaciones de las uniones maritales de hecho se debe anexar escritura pública o sentencia judicial de liquidación conyugal, de aquellas cuya duración sea menor de dos años debe presentar la declaración conjunta de los compañeros permanentes con presentación personal ante autoridad competente.

DE UNION LIBRE

Declaración Conjunta de convivencia mínima de dos años, rendida por los compañeros permanentes con presentación personal ante autoridad competente.

- Fotocopia Cédula de Ciudadanía Compañera(o)

- Si el trabajador es viudo (presentar Partida de Defunción del cónyuge).

VI / VII. DATOS DE HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

Llene completamente la información solicitada de los Hijos, Hermanos y Padres a cargo del Trabajador que afilia. Anexe los documentos, así:

DE PADRES CASADOS:

- Registro Civil de cada uno de los Hijos registrados en el Formulario demostrando parentesco, con N° Cédula de Ciudadanía de los Padres.

- Certificado de Escolaridad para hijos entre los 12 y 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años)

- En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado

- Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que renuevan cada seis meses.

- Para hijos mayores de 18 años, Fotocopia de la cédula de ciudadanía

- Si el hijo tiene alguna incapacidad física, debe probarse mediante Certificado expedido por Medico Legista, E.P.S. o I.P.S., anexar supervivencia y renovar cada año.

- Si reclama subsidio por hijastro registro civil demostrando parentesco y fotocopia de la cédula de ciudadanía del padre biológico y la custodia de quien tiene los hijos.

HERMANOS HUERFANOS A CARGO

- Partida de Defunción de los Padres y Fotocopias de Cédulas de Ciudadanía, si las tienen.

- Registro Civil de Nacimiento del trabajador demostrando parentesco

- Registro Civil de Nacimiento del Hermano(s) demostrando parentescos.

- Declaración Extra juicio rendida por dos testigos que manifieste la dependencia económica y convivencia con el hermano,

- Certificado de Escolaridad para hermanos entre los 12 años y 18 años (Los 18 años se consideran hasta antes de cumplir los 19 años)

- En caso de estudios a distancia o validación anexar copia del carné de la E.P.S. del afiliado

- Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año, a excepción de los universitarios y técnicos que renuevan cada seis meses.

- Si el hermano tiene incapacidad física, debe probarse mediante Certificado expedido por Médico Legista, E.P.S. o I.P.S. anexar supervivencia y renovar cada año.

- Para hermanos mayores de 18 años, Fotocopia de la cédula de ciudadanía.

PADRES A CARGO: (Mayores de 60 años y que ninguno de los dos sea pensionado)

- Registro Civil de Nacimiento del Hijo (Trabajador) demostrando parentesco.

- Registro Civil de Nacimiento del Padre y/o Madre, o Partida de Bautismo si nació antes de 1938 o fotocopia cédula de ciudadanía.

- Declaración Extra juicio rendida por el Padre, la Madre, o los dos de que no devengan sueldos, no poseen renta, ni pensión

- Declaración Extra juicio de dos testigos acreditando dependencia económica del trabajador

- Certificado Supervivencia del padre o padres beneficiarios con hora de presentación y huella dactilar (Renovados cada año)

- Padre o Madre deben ser mayores de 60 años, si es menor debe tener capacidad física disminuida y debe probarse mediante Certificado expedido por Medico Legista, E.P.S. o I.P.S.

Para tener derecho al subsidio extraordinario por Muerte del Trabajador o de las personas afiliadas, el trabajador o su cónyuge debe presentar la Partida de Defunción de la persona fallecida dentro de los 30 días siguientes al fallecimiento, en caso contrario perderá este derecho

