

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso.

1. Inscripción del trabajador y familia. 4. Traslado
 2. Adición de personas a cargo del trabajador ya inscrito 5. Reintegro
 3. Reintegro en el mismo mes Si NO

Indique última fecha de retiro: AÑO MM DD



FAPP007

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación C.C. T.I. C.E. R.C. Lugar y fecha de Expedición Sexo M F **CAUSAL NO ACEPTACIÓN**

Primer apellido Segundo apellido

Nombres Fecha de Nacimiento AÑO MM DD Teléfono

Dirección Residencia BARRIO

ESTADO CIVIL Casado(a) Soltero(a) Separado(a) Unión libre Divorciado(a) Viudo(a)

Correo electrónico

CUIDAD Fecha de Ingreso a la empresa AÑO MM DD Horas labor mes **CARGO** **SUELDO BÁSICO**

Tipo de contrato Administrar Recursos Públicos SI NO Servidor Público SI NO Nivel Escolaridad

Profesión Presenta Discapacidad alguna SI NO Tipo de Discapacidad

En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ. **SUELDO BÁSICO**

VIVIENDA No tiene Propia Arrendada Hipoteca **ORIENTACIÓN SEXUAL** Heterosexual Homosexual Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

Desplazado Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO) Desmovilizado o reinsertado Damnificado desastre natural
 Cabeza de familia Hijo(a) de madres cabezas de familia En condición de discapacidad Población zonas frontera (Nacionales)
 Población migrante Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado Ejercicio del trabajo sexual No aplica

Pertenencia étnica

Afrocolombiano Comunidad negra Indígena palenquero Raizal del archipiélago de San Andrés Providencia y santa catalina Room /Gitano No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Teléfono

NIT, C.C. o C.E. Dependencia

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido Segundo apellido

Adición Nombres Fecha de Nacimiento AÑO MM DD **SUELDO BÁSICO** Recibe subsidio SI NO

Retiro Tipo y número de identificación C.C. T.I. C.E. P.A. **EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA** **CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)**

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado

4. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (PADRES, HIJOS O HERMANOS)

Tipo y número de identificación C.C. T.I. C.E. R.C. Sexo M F Edad Causal no Aceptación

Adición Primer apellido Segundo apellido

Retiro Nombres Fecha de Nacimiento AÑO MM DD Hijo Padre Hermano Discapacitado

Parentesco

Tipo y número de identificación C.C. T.I. C.E. R.C. Sexo M F Edad Causal no Aceptación

Adición Primer apellido Segundo apellido

Retiro Nombres Fecha de Nacimiento AÑO MM DD Hijo Padre Hermano Discapacitado

Parentesco

Tipo y número de identificación C.C. T.I. C.E. R.C. Sexo M F Edad Causal no Aceptación

Adición Primer apellido Segundo apellido

Retiro Nombres Fecha de Nacimiento AÑO MM DD Hijo Padre Hermano Discapacitado

Parentesco

Tipo y número de identificación C.C. T.I. C.E. R.C. Sexo M F Edad Causal no Aceptación

Adición Primer apellido Segundo apellido

Retiro Nombres Fecha de Nacimiento AÑO MM DD Hijo Padre Hermano Discapacitado

Parentesco

En caso de ser padre pensionado, afiliado a otra Caja o estar laborando escriba la entidad pensionadora, nombre de la Caja o empresa donde labora

Solicitud de Datos Personales Yo, expedida en Identificado con cédula de ciudadanía No. manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013. Firma

Declaro bajo gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Firma del trabajador(a) C.C. T.I. R.C. o C.E. No. Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

Para uso exclusivo de COMFACASANARE- Número de documentos aceptados

Registro Civil	Declaración Extrajudicial	Certificado TR. Cónyuge	Certificado Escolaridad	Fotocopia Cédula	Sentencia Separación	Certificado Discapacidad	Registro Defunción	Fotocopia Tarj. identidad
----------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------	----------------------	--------------------------	--------------------	---------------------------

Comfacasanare
Jefatura de
Aportes y Pagos

La información de este formato está sujeta a verificación

RECOMENDACIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

1. Escriba en cada campo una letra por casilla, diligencie en letra clara y legible; evite devoluciones.
2. Diligencie completamente el formato.
3. Escriba correctamente la identificación del trabajador y el NIT de la empresa.
4. Escriba el número de dependencia.
5. Utilice números arábigos, no use números romanos.
6. Utilice cuatro (4) dígitos para el año y dos (2) para mes y día.
7. Escriba siempre el número de identificación de su beneficiario (cónyuge).
8. En caso de quedar documentos pendientes, se debe diligenciar nuevo formato adjuntándolos.

REQUISITOS GENERALES

REQUISITOS GENERALES OBLIGATORIOS

1. Formulario de afiliación
2. Cédula de Ciudadanía del trabajador

REQUISITOS ESPECÍFICOS TRABAJADOR SOLTERO

Los requisitos generales

CON CÓNYUGE SIN HIJOS

Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente.

CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente.

Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente.

Si el (a) cónyuge no labora, diligenciar el formato de la declaración juramente expedido por el Ministerio del Trabajo.

Manifestación del estado civil: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, Preferiblemente con firma de la madre.

Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.

Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.

Nota: Si la caja de compensación familiar realiza directamente el cruce con el establecimiento educativo, pueden omitir este requisito.

Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

CON CÓNYUGE E HIJASTROS

Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente.

Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente.

Si el (a) cónyuge no labora, diligenciar el formato de la declaración juramente expedido por el Ministerio del Trabajo.

Declaración de dependencia económica de los hijastros: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

Manifestación de unión libre: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

Registro civil de nacimiento de los hijastros para acreditar parentesco con el padre aportante, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.

Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.

Nota: Si la caja de compensación familiar realiza directamente el cruce con el establecimiento educativo, pueden omitir este requisito.

Custodia expedida por autoridad competente.

Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida, indicando tipo de discapacidad: no se debe exigir porcentaje.

Dependencia económica: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

TRABAJADOR SEPARADO CON HIJOS

Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor.

Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.

Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.

Nota: Si la caja de compensación familiar realiza directamente el cruce con el establecimiento educativo, pueden omitir este requisito.

Custodia o declaración juramentada, preferiblemente firmada por la madre, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

TRABAJADORA SOLTERA CON HIJOS

Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.

Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.

Nota: Si la caja de compensación familiar realiza directamente el cruce con el establecimiento educativo, puede omitir este requisito.

Certificado del médico de la EPS o entidad competente, donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

Nota: Se refiere a los menores en cuyo registro civil figure únicamente la madre.

PADRES

Documento de identificación del padre o madre, si es por primera vez.

Registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco. Fotocopia simple, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.

Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, firmado por el trabajador y padres, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación.

Declaración de no recibir pensión, salario, ni renta, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES

Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

Registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco: fotocopia simple, sin límite de fecha.

Registro civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad: fotocopia simple, sin límite de fecha.

Registro civil de defunción de los padres.

Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.

Nota: Si la caja de compensación familiar realiza directamente el cruce con el establecimiento educativo, pueden omitir este requisito.

Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

Para la categoría "C", no se exigirán los documentos previstos para el reconocimiento de los subsidios establecidos en la ley.

RECUERDE QUE:

Para que la afiliación sea válida, trabajador y la empresa deberá cumplir con todas las condiciones del régimen del subsidio Familiar.

Si el trabajador labora en más de una empresa, se tendrá en cuenta la suma de los salarios recibidos en cada empleo, para efectos del pago del Subsidio Familiar. (Art. 20 Ley 21/1982). (Art. 58 D.R. 341/88).

Si la sumatoria de los salarios del trabajador y el cónyuge es mayor a seis (6) salarios mínimos legales, ninguno de ellos puede recibir Subsidio Familiar. (Art. 3 Ley 789/2002)

Para que el trabajador se beneficie del Subsidio Familiar, debe laborar la jornada mínima establecida. (Art. 3 Ley 789/2002).

Si alguno de los padres del trabajador recibe Subsidio, renta, labora o es pensionado no podrán recibir Subsidio Familiar monetario. (Art.3 Parágrafo 1, Numeral 3, Ley 789/2002).

Los hijos o hermanos beneficiarios del Subsidio Familiar monetario mayores de 12 años deben presentar Certificado de Escolaridad. (Art.3 Parágrafo 1, Numeral 1, Ley 789/2002). La escolaridad para niveles básico (Grados 1 a 9) y medio (Grados 10 y 11) debe ser renovada anualmente. Las escolaridades con vigencia semestral (Universidad, Institutos de Educación No Formal, etc.) deben ser renovadas en Enero (1er. Semestre) y en Julio (2do. Semestre).

MAYOR INFORMACIÓN:

Aportes y Pagos
COMFACASANARE:
Carrera 21 No. 6-29, Barrio Centro
Teléfonos: 6357787 – 6357698

Correo Electrónico:
aportesypagos@comfacasanare.com.co

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 dentro de los 30 días siguientes al fallecimiento, en caso contrario perderá este derecho.