

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

I. TIPO DE NOVEDAD

Trabajador Representante legal Servicio doméstico Taxista independiente Veterano Aumento de personas a cargo Independiente Madres comunitarias Colombiano residente en el extranjero

II. DATOS DEL EMPLEADOR

NIT: _____ Nombre o Razón social de la empresa: _____ Código empresa _____

III. DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR

Documento: C.C. T.I. C.E. P.E.P P.P.T Carné diplomático Certificado cabildo TMF (Tarjeta movilidad fronteriza) No. _____

1er Apellido: _____ 2do Apellido: _____

1er Nombre: _____ 2do Nombre: _____

Fecha de nacimiento:			Estado civil:	Nivel de escolaridad:				Fecha de ingreso a la empresa:		
AAAA	MM	DD		<input type="radio"/> Casado (a) <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Divorciado (a) <input type="radio"/> Separado (a) <input type="radio"/> Viudo (a) <input type="radio"/> Soltero (a)	<input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Básico (1.º- 5.º) <input type="radio"/> Secundaria (6.º- 9.º)	<input type="radio"/> Media (10.º- 11.º) <input type="radio"/> Básico adulto <input type="radio"/> Secundaria adulto	<input type="radio"/> Media adulto <input type="radio"/> Primera infancia <input type="radio"/> Técnico / Tecnológico	<input type="radio"/> Profesional universitario <input type="radio"/> Posgrado / Maestría <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Información no disponible	AAAA	MM
Tipo de Discapacidad:			Horas laborales al mes:		Salario básico o promedio:		Centro de costos:			
<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Cognitiva										
Sexo: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Indeterminado <input type="radio"/> No aplica										

Tipo de afiliado: Dependiente Por fidelidad Facultativo Con exención Voluntario

Municipio donde labora: _____ Ocupación / Cargo _____

Barrio: _____ Dirección de residencia: _____ Municipio de residencia: _____

Correo electrónico: _____ Celular: _____ Teléfono Casa: _____

DATOS SENSIBLES DEL TRABAJADOR - TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO A ESTAS PREGUNTAS.

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual No disponible

Pertenencia étnica: Raíz del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina Afrocolombiano Comunidad negra Room/Gitano Palenquero No se autorreconoce en ninguno de los anteriores

Factor de vulnerabilidad: Desplazado Víctima del conflicto armado (No desplazado) Desmovilizado o reinsertado Hijo (a) de desmovilizados o reinsertados Damnificado por desastre natural Cabeza de familia Hijo (a) de madres cabeza de familia En condición de discapacidad Población migrante Población en zona de frontera (nacionales) Ejercicio del trabajo sexual No aplica

IV. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGUE O COMPAÑERA (O) PERMANENTE

Documento: C.C. T.I. C.E. P.E.P P.P.T Carné diplomático Certificado cabildo TMF (Tarjeta movilidad fronteriza) No. _____

1er Apellido: _____ 2do Apellido: _____ Tipo de discapacidad: Ninguna Física Cognitiva

1er Nombre: _____ 2do Nombre: _____

Ocupación:			Fecha de nacimiento:			Sexo:		Labora: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		Fecha de ingreso a la empresa:		
<input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Desempleado <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Otro _____		AAAA	MM	DD	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Indeterminado <input type="radio"/> No aplica	Salario mensual:		AAAA	MM	DD	

Conviven: Si No

Empresa: _____

Dirección de residencia: _____ Nivel de escolaridad: Preescolar Básico (1.º- 5.º) Secundaria (6.º- 9.º) Media (10.º- 11.º) Básico adulto Secundaria adulto Primera infancia Técnico Tecnológico Profesional universitario Posgrado / Maestría Ninguno

V. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Tipo: <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> P.E.P <input type="radio"/> P.P.T <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Otro _____				Tipo de discapacidad <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Cognitiva				Municipio de residencia			
1.	No. Doc. Identificación	1er Apellido:	2do Apellido:	Parentesco		Sexo		Fecha de nacimiento		Anexa certificado de escolaridad	
		1er Nombre	2do Nombre:	<input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Hermanos Huerfanos <input type="radio"/> Padres <input type="radio"/> Hijastros <input type="radio"/> Dependientes por sentencia judicial	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Indeterminado <input type="radio"/> No aplica	AAAA	MM	DD	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Tipo: <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> P.E.P <input type="radio"/> P.P.T <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Otro _____				Tipo de discapacidad <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Cognitiva				Municipio de residencia			
2.	No. Doc. Identificación	1er Apellido:	2do Apellido:	Parentesco		Sexo		Fecha de nacimiento		Anexa certificado de escolaridad	
		1er Nombre	2do Nombre:	<input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Hermanos Huerfanos <input type="radio"/> Padres <input type="radio"/> Hijastros <input type="radio"/> Dependientes por sentencia judicial	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Indeterminado <input type="radio"/> No aplica	AAAA	MM	DD	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Tipo: <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> P.E.P <input type="radio"/> P.P.T <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Otro _____				Tipo de discapacidad <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Cognitiva				Municipio de residencia			
3.	No. Doc. Identificación	1er Apellido:	2do Apellido:	Parentesco		Sexo		Fecha de nacimiento		Anexa certificado de escolaridad	
		1er Nombre	2do Nombre:	<input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Hermanos Huerfanos <input type="radio"/> Padres <input type="radio"/> Hijastros <input type="radio"/> Dependientes por sentencia judicial	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Indeterminado <input type="radio"/> No aplica	AAAA	MM	DD	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Tipo: <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> P.E.P <input type="radio"/> P.P.T <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Otro _____				Tipo de discapacidad <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Cognitiva				Municipio de residencia			
4.	No. Doc. Identificación	1er Apellido:	2do Apellido:	Parentesco		Sexo		Fecha de nacimiento		Anexa certificado de escolaridad	
		1er Nombre	2do Nombre:	<input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Hermanos Huerfanos <input type="radio"/> Padres <input type="radio"/> Hijastros <input type="radio"/> Dependientes por sentencia judicial	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Indeterminado <input type="radio"/> No aplica	AAAA	MM	DD	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Tipo: <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> P.E.P <input type="radio"/> P.P.T <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Otro _____				Tipo de discapacidad <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Cognitiva				Municipio de residencia			
5.	No. Doc. Identificación	1er Apellido:	2do Apellido:	Parentesco		Sexo		Fecha de nacimiento		Anexa certificado de escolaridad	
		1er Nombre	2do Nombre:	<input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Hermanos Huerfanos <input type="radio"/> Padres <input type="radio"/> Hijastros <input type="radio"/> Dependientes por sentencia judicial	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Indeterminado <input type="radio"/> No aplica	AAAA	MM	DD	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		

V. EMPLEADOR SOLICITANTE

OBLIGACIONES QUE SE CONTRATAN		DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		RECIBIDO:	
El trabajador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que en el evento que se produzca la terminación del contrato laboral y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, se le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja, para la cual el trabajador autoriza, al firmar este documento. Para todos los efectos legales certifico que este formulario contiene una verdadera y completa información sobre los hijos, cónyuge o compañera(o), padres y hermanos.		El empleador se obliga con Comfamiliar Atlántico, para que el evento que se produzca la terminación del contrato laboral con el trabajador beneficiario del subsidio y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, se le retendrá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la caja.			
Firma del trabajador C.C.		Firma y sello de la empresa Teléfono:		AAAA - MM - DD	

AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN PERSONAL.

Aviso de Privacidad y Autorización de tratamiento de datos por parte del Afiliado para acceder a beneficios y/o como Afiliado. Entiende el AFILIADO que el aviso de privacidad dispuesto en la parte posterior, informa sobre las finalidades y tratamiento que por disposición legal debe realizar esta Caja de Compensación en el marco de las obligaciones que derivan del sistema de compensación familiar. El AFILIADO, mientras tenga tal calidad, a través de este aviso otorga su autorización expresa, informada e inequívoca para que esta Caja de Compensación remita información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario respecto de los servicios de educación, vivienda, recreación, salud, turismo, crédito, deporte, cultura, empleo que oferta esta organización a los afiliados. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios esta Caja de Compensación podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. En aras de obtener mayor número de beneficios para los afiliados y beneficiarios es posible que esta organización celebre acuerdos comerciales con terceros como almacenes de cadena, establecimientos comerciales, establecimientos educativos, entre otros; caso en el cual estos deberán acceder a la información mencionada en esta cláusula para otorgarlos. Se informa que el pago de subsidios podrá realizarse a través de terceros. Es posible que esta organización y/o terceros mencionados para otorgar los descuentos y/o beneficios realicen consultas en bases de datos disponibles al público y en bases de datos de riesgo crediticio. El titular del dato en cualquier momento podrá ejercer el derecho al Habeas Data a través de las facultades de conocer, actualizar, rectificar, oponerse y/o suprimir su información; para ello podrá remitir comunicación electrónica al siguiente correo: privacidad@comfamiliar.com.co o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección: Calle 48 # 43 – 104 en la ciudad de Barranquilla. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: www.comfamiliar.com.co seleccionar política de privacidad o puede ser consultada en nuestras sedes.

Aviso de privacidad: La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica al trabajador que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen de los diferentes subsidios a cargo de las Cajas de Compensación Familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de compensación familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de compensación familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera; los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación.

Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de compensación familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que la ley está en capacidad de ofertar esta Caja de Compensación Familiar. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y de esta forma prevenir los fraudes que afectan al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos que gestiona como Caja de Compensación Familiar. En cumplimiento de las funciones delegadas a las Cajas de Compensación Familiar estas podrán tratar datos personales vinculados al régimen de fomento al empleo – FOSFEC.

En atención al principio de legalidad esta Caja de Compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de compensación familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQRSF's, entre otras finalidades amparadas en un interés legítimo.

Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros. A través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura.

Así mismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de compensación familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centro de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica u otros.

Así mismo para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registraduría Civil, entre otros; y con otras Cajas de Compensación Familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley.

El trabajador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta Caja de Compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes, acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de compensación familiar.

Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: privacidad@comfamiliar.com.co o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 – 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el Habeas Data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Cédula de Ciudadanía: _____

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN REMITIR PARA LA INSCRIPCIÓN

a. Trabajador: Fotocopia legible de la cédula de ciudadanía.

b. Cónyuge: Registro civil de matrimonio o diligenciamiento de Formato Único de Declaración Bajo Gravedad de Juramento y fotocopia de la cédula de ciudadanía legible. Para los cónyuges del mismo sexo y sus hijos deben presentar los mismos requisitos. En caso de que la cónyuge labore anexar certificado laboral con salario devengado.

c. Hijos Legítimos - Hijos Extramatrimoniales: Registro Civil legible sin enmendaduras ni tachones donde aparezca el nombre de los padres para poder establecer el parentesco, documento de identificación para mayores de 7 años y certificado de escolaridad para los beneficiarios a partir de 12 años de edad.

d. Dependientes por sentencia judicial: Registro Civil legible sin enmendaduras ni tachones. Copia de la sentencia del juez de menores que autorizó la adopción del menor, emitido por autoridad competente: ICBF, Comisaría de Familia, Juzgado de Familia o Casas de Justicia. Certificado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años.

e. Hijastros: Registro Civil legible sin enmendaduras ni tachones, documento de identificación para mayores de 7 años y certificado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad. Demostrar la unión marital de hecho durante un lapso no inferior dos (2) años, en caso de que se tenga una sociedad conyugal anterior esta haya sido disuelta y liquidada por lo menos con un año de anterioridad al inicio de la misma. Lo anterior se debe demostrar con el diligenciamiento de Formato Único de Declaración Bajo Gravedad de Juramento. Anexar certificado expedido por las otras Cajas de Compensación Familiar en el Atlántico donde certifique que el beneficiario no se encuentra afiliado por el padre biológico que no convive con él, donde conste que este no recibe subsidio familiar en dinero por esa misma persona a cargo. En caso de que el padre biológico haya fallecido, es necesario anexar el certificado de defunción del mismo expedido por autoridad competente. Presentación de custodia y cuidados personales, la cual debe manifestar que, la custodia la tiene el padre biológico del menor y los cuidados personales son compartidos con el padrastro, en este caso trabajador(a). Este documento debe ser expedido por la autoridad competente: ICBF, Comisaría de Familia, Juzgado de Familia o Casas de Justicia, los cuales son los entes encargados de certificar y confirmar a través de visita domiciliaria. Anexar certificado de la Entidad Promotora de Salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la custodia esté en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar.

f. Hermanos huérfanos de padres: Registro Civil legible sin enmendaduras ni tachones, partida de defunción del padre y madre, registro civil del trabajador, certificado de escolaridad para beneficiarios a partir de los 12 años, declaración de convivencia y dependencia económica a través del diligenciamiento del Formato Único de Declaración Bajo Gravedad de Juramento.

g. Padres a partir de 60 años: Fotocopia legible de la cédula de ciudadanía. Registro Civil legible sin enmendaduras ni tachones del trabajador o Partida de Bautismo. Demostrar convivencia y dependencia económica del padre beneficiario, a través del diligenciamiento del Formato Único de Declaración Bajo Gravedad de Juramento. Presentación de certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador.

Nota: Si el padre o la madre se encuentra afiliado al régimen subsidiado en salud, puede ser beneficiario del trabajador (a) presentando certificado de afiliación de la entidad correspondiente.

h. Limitado físicamente o con discapacidad: Los padres, hijos y hermanos huérfanos de padres en cualquier edad, que se encuentren con una discapacidad, deben presentar certificado emitido por la secretaría de salud autorizada o de la Junta de Calificación de Invalidez Regional en la que conste que la persona se encuentra impedida para laborar. En caso de que no estén afiliados al sistema de seguridad social. Estas personas a cargo recibirán doble cuota de subsidio familiar sin ninguna limitación en razón de su edad.

PARA TENER EN CUENTA

a. Este formulario debe ser diligenciado por el trabajador con o sin derecho al pago del subsidio familiar o por el trabajador que estando Inscrito en Comfamiliar, necesita incluir otras personas a cargo, previo cumplimiento de los requisitos contemplados en la Ley 21 de 1982 y Ley 789 de 2002.

b. Una vez diligenciado no debe presentar tachaduras, borrones o enmendaduras.

c. En la casilla llamada Razón social de la empresa, incluir el nombre de la sucursal donde labora.

d. En los casos que el salario sea variable debido a comisiones, el valor que se anotará en la casilla debe ser el salario promedio.

e. Si son insuficientes las casillas, continúe en otro formulario.

f. Los certificados anexos deben ser no mayor a 3 meses de expedidos.

g. En caso de reclamo por su afiliación deberá presentar la copia de este formulario recibido por la Caja de Compensación.

h. Es obligación el diligenciamiento de Formato Único de Declaración Bajo Gravedad de Juramento cuando los requisitos lo exijan.

i. Todos los documentos necesarios para el trámite del subsidio deben ser entregados en original o copia legible para el proceso de escaneado. Estos documentos no serán devueltos en ningún caso.

j. Para los beneficiarios hijos a partir de 12 años se deberá acreditar certificación de estudios del presente año en curso, de lo contrario será afiliado únicamente para prestación de servicios.