



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
DEL CAQUETA COMFACA

NIT. 891.190.047

Sede Administrativa: Carrera 11 No. 10 - 34  
Centro Múltiple de Servicio Comfaca: Transv. 6a. calle 12 av. Bruno del Piero  
Atención al Usuario: atencionalusuario@comfaca.com  
Tel: 6084366300 - www.comfaca.com

## FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

| TIPO DE AFILIADO       |                           |                  |    |                    |                          |                          |
|------------------------|---------------------------|------------------|----|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| DEPENDIENTE            | INDEPENDIENTE             | Índice de Aporte |    | PENSIONADO         | Índice de Aporte         |                          |
|                        |                           | 0.6%             | 2% |                    | 0%                       | 0.6%                     |
| Servicio Doméstico     | Taxista                   |                  |    | Fidelidad 25 Años  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Madre Comunitaria      | Facultativos              |                  |    | Menos de 1.5 SMMLV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Veteranos              | Colombiano en el exterior |                  |    | Más de 1.5 SMMLV   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trabajador Dependiente | Trab. Independiente       |                  |    |                    |                          |                          |

**IMPORTANTE:** Marque con un X según el tipo de novedad

Inscripción del trabajador  Adición personas a cargo

### 1. DATOS DEL EMPLEADOR, ENTIDAD PENSIONADORA O APORTANTE.

|  |  |  |          |  |      |  |
|--|--|--|----------|--|------|--|
| Nombre o razón social de la empresa o aportante: |  |  |          |  | Nit. |  |
| Sucursal:  |  |  | Teléfono |  |      |  |

### 2. DATOS DEL TRABAJADOR

| No. Identificación                     |     | C.C.             | T.I.  | C.E. | VISA            | Celular:     |      | Correo Electrónico |      |      |      |   |
|--|-----|------------------|-------|------|-----------------|--------------|------|--------------------|------|------|------|---|
|  |     | PAS.             | P.E.P | C.D  |                 |              |      |                    |      |      |      |   |
| Primer Apellido                        |     | Segundo Apellido |       |      | Primer Nombre   |              |      | Segundo Nombre     |      |      |      |   |
| Fecha de Nacimiento                    |     |                  | Sexo  |      |                 | Estado Civil |      |                    |      |      |      |   |
| AÑO                                    | MES | DÍA              | H     | M    | I               | U.L.         | CAS. | DIV.               | SEP. | VIU. | SOL. | ZONA RESIDENCIA U <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> |
| Dirección de residencia del trabajador |     |                  |       |      |                 | Barrio       |      | Ciudad             |      |      |      |   |
| Resguardo                              |     |                  |       |      | Pueblo Indígena |              |      |                    |      |      |      |   |

### 3. FACTOR DE VULNERABILIDAD

### 4. PERTENENCIA ÉTNICA

### 5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

|                          |   |                          |  |                          |   |                          |                           |
|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Desplazado                                | <input type="checkbox"/> | Afrocolombiano                                   | <input type="checkbox"/> | Preescolar  | <input type="checkbox"/> | Profesional Universitario |
| <input type="checkbox"/> | Víctima conflicto armado (No desplazado)  | <input type="checkbox"/> | Comunidad Negra                                  | <input type="checkbox"/> | Básica  | <input type="checkbox"/> | Posgrado/Maestría         |
| <input type="checkbox"/> | Desmovilizado o Reinsertado               | <input type="checkbox"/> | Indígena   | <input type="checkbox"/> | Secundaria  | <input type="checkbox"/> | Sin estudios Formales     |
| <input type="checkbox"/> | Hijo(as) de desmovilizados o Reinsertados | <input type="checkbox"/> | Palenquero                                       | <input type="checkbox"/> | Media   | <input type="checkbox"/> | Secundaria Normaista      |
| <input type="checkbox"/> | Damnificado desastre natural              | <input type="checkbox"/> | Raizal Del Archipiélago De San Andrés            | <input type="checkbox"/> | Básica Adultos  | <input type="checkbox"/> | Tecnologo                 |
| <input type="checkbox"/> | Cabeza de familia                         | <input type="checkbox"/> | Room/gitano                                      | <input type="checkbox"/> | Secundaria Adultos  | <input type="checkbox"/> | Ninguno                   |
| <input type="checkbox"/> | Hijo (as) de madres cabeza de familia     | <input type="checkbox"/> | No Disponible                                    | <input type="checkbox"/> | Media Adultos   | <input type="checkbox"/> | Primera Infancia          |
| <input type="checkbox"/> | En condición de discapacidad              | <input type="checkbox"/> | No se auto reconoce en ninguno de los anteriores | <input type="checkbox"/> | Técnico Profesional   | <input type="checkbox"/> |                           |
| <input type="checkbox"/> | Población migrante                        | <input type="checkbox"/> | <b>6. ORIENTACIÓN SEXUAL</b>                     | <input type="checkbox"/> | <b>7. TIPO DE VIVIENDA</b>  | <input type="checkbox"/> |                           |
| <input type="checkbox"/> | Población Zona frontera (Nacionales)      | <input type="checkbox"/> | Heterosexual                                     | <input type="checkbox"/> | Propia  | <input type="checkbox"/> | Familiar                  |
| <input type="checkbox"/> | Ejercicio de trabajo sexual               | <input type="checkbox"/> | Homosexual                                       | <input type="checkbox"/> | Arrendada   | <input type="checkbox"/> | Hipoteca                  |
| <input type="checkbox"/> | No aplica                                 | <input type="checkbox"/> | Bisexual   | <input type="checkbox"/> | <b>8. PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> | No Disponible                                    | <input type="checkbox"/> | Cual:   |                          |                           |

### 9. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

| Fecha de Ingreso a la Empresa                 |     |                      | Tipo de Contrato |      |              | Jornada Laboral |             |           | Salario Básico |  | Comisión |    | Sector Agrop. |    |
|---|-----|----------------------|------------------|------|--------------|-----------------|-------------|-----------|----------------|--|----------|----|---------------|----|
| AÑO   | MES | DÍA                  | Fijo             | Ind. | Labor u Obra | Completa        | Medio Tiem. | Parcial   | \$             |  | SI       | NO | SI            | NO |
| Dirección del lugar donde desarrolla su labor |     |                      |                  |      |              |                 |             |           |                |  | Zona     |    |               |    |
|   |     |                      |                  |      |              |                 |             |           |                |  | U        |    | R             |    |
| Labora en otra Empresa                        |     | Nombre de la Empresa |                  |      |              |                 |             | Ocupación |                |  |          |    |               |    |
| SI  | NO  |                      |                  |      |              |                 |             |           |                |  |          |    |               |    |

### 10. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) ACTUAL

| No. Identificación                 |     | C.C.                                    | T.I.  | C.E.                                 | VISA          | Celular:                          |                       | Correo Electrónico                  |   |   |  |                                      |  |   |  |  |  |   |  |
|------------------------------------|-----|---|-------|--------------------------------------|---------------|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|---|---|--|--------------------------------------|--|---|--|--|--|---|--|
|                                    |     | PAS.                                    | P.E.P | C.D                                  |               |                                   |                       |                                     |   |   |  |                                      |  |   |  |  |  |   |  |
| Primer Apellido                    |     | Segundo Apellido                        |       |                                      | Primer Nombre |                                   |                       | Segundo Nombre                      |   |   |  |                                      |  |   |  |  |  |   |  |
| Fecha de Nacimiento                |     |   | Sexo  |                                      |               | Discapacidad                      |                       | Ocupación                           |   |   |  |                                      |  |   |  |  |  |   |  |
| AÑO                                | MES | DÍA                                     | H     | M                                    | I             | SI                                | NO                    |                                     |   |   |  |                                      |  |   |  |  |  |   |  |
| Dirección de Residencia            |     |   |       |                                      |               | Barrio                            |                       | Ciudad                              |   | Zona  |  |                                      |  |   |  |  |  |   |  |
|                                    |     |   |       |                                      |               |                                   |                       | U                                   |   | R   |  |                                      |  |   |  |  |  |   |  |
| Nombre de la Empresa donde Trabaja |     |   |       |                                      |               |                                   | Ingresos Mensuales \$ |                                     | Recibe Subsidio?  |   |  |                                      |  |   |  |  |  |   |  |
|                                    |     |   |       |                                      |               |                                   |                       |                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |   |  |                                      |  |   |  |  |  |   |  |
| PERTENENCIA ÉTNICA                 |     | Afrocolombiano <input type="checkbox"/> |       | Comu. Negra <input type="checkbox"/> |               | Indígena <input type="checkbox"/> |                       | Palenquero <input type="checkbox"/> |   | Raizal de San Andrés <input type="checkbox"/> |  | Room/gitano <input type="checkbox"/> |  | Resg. Pueb. Indígena <input type="checkbox"/> |  | No Disponible <input type="checkbox"/> |  | No se auto reconoce en ninguno de los ant. <input type="checkbox"/> |  |
| Resguardo                          |     |   |       |                                      |               | Pueblo indígena                   |                       |                                     |   |   |  |                                      |  |   |  |  |  |   |  |

### 11. DATOS DEL PADRE O DE LA MADRE FUERA DE LA UNIÓN

|                         |  |                  |       |      |               |          |  |                    |  |   |  |
|-------------------------|--|------------------|-------|------|---------------|----------|--|--------------------|--|---|--|
| No. Identificación      |  | C.C.             | T.I.  | C.E. | VISA          | Celular: |  | Correo Electrónico |  |   |  |
|                         |  | PAS.             | P.E.P | C.D  |               |          |  |                    |  |   |  |
| Primer Apellido         |  | Segundo Apellido |       |      | Primer Nombre |          |  | Segundo Nombre     |  |   |  |
| Dirección de Residencia |  |                  |       |      |               | Barrio   |  | Ciudad             |  | U |  |
|                         |  |                  |       |      |               |          |  |                    |  | R |  |



## INFORMACION Y REQUISITOS PARA LA AFILIACION A LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAQUETA COMFACA

### RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

- Diligencie completamente el formulario en letra imprenta o a máquina en tinta negra, sin enmendaduras o tachones.
- Cada vez que el trabajador tenga un nuevo ingreso, relacione en el formulario todos sus beneficiarios.
- Antes de entregar el formulario, verifique su diligenciamiento y documentos soporte requeridos de su grupo familiar, de acuerdo con la Circular Única Básica Jurídica Expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar.

### TRABAJADORES BENEFICIARIOS

- Tienen derecho al subsidio familiar en dinero los trabajadores cuya remuneración mensual, fija o variable no sobrepase los cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes, smlmv, siempre y cuando laboren al menos 96 horas al mes; y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero (a), no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes, smlmv.

### PERSONAS A CARGO (CIRCULAR ÚNICA JURÍDICA NO. 00002 2022)

- Los hijos que no sobrepasen la edad de 18 años, legítimos, naturales, adoptivos y los hijastros. Después de los 12 años se debe acreditar la escolaridad en establecimiento docente debidamente aprobado.
- Los hermanos que no sobrepasen la edad de 18 años, huérfanos de padres, que convivan y dependan económicamente del trabajador y que acrediten la escolaridad.
- Los padres del trabajador beneficiario mayores de 60 años, siempre y cuando ninguno de los dos reciba salario, renta o pensión alguna.
- Los hijos y hermanos huérfanos de padres mayores de 18 años, los padres del afiliado menores de 60 años que presenten una condición de discapacidad.
- Los dependientes por custodia en los términos establecidos por la autoridad competente.

### REQUISITOS PARA LA AFILIACION DEL TRABAJADOR Y SU NUCLEO FAMILIAR.

#### TRABAJADORES DEPENDIENTES.

- Formulario de Afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador o el documento válido de identificación para extranjeros.
- Cónyuge o Compañero(a) Permanente.
- Copia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente documento válido de identificación para extranjeros.
- Registro civil de matrimonio o Formato de Declaración Juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo, para el(a) compañero(a) permanente.
- En caso de que el cónyuge o compañero(a) permanente labore, anexar certificado laboral con salario devengado.
- En caso de que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Para el cónyuge o compañero(a) permanente del mismo sexo se deben presentar los mismos documentos.

#### HIJOS.

- Registro Civil
- Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de 12 años.

#### HIJASTROS.

- Registro Civil.
- Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años.
- Certificado de la Entidad Promotora de Salud -EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la custodia este en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar.
- Custodia en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar.
- Declaración en el que conste que el padre o madre biológico (a) no convive con el beneficiario, no recibe subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.
- En caso de que el padre biológico haya fallecido anexar registro civil de defunción.

#### HERMANOS (A) HUÉRFANOS DE PADRES.

- Registro Civil de nacimiento del afiliado y del hermano(a)
- Registro de Civil defunción del padre y madre.
- Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años.
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo donde conste la dependencia económica

#### PADRES.

- Fotocopia del documento de identidad del padre y/o madre o el documento válido de identificación para extranjeros.
- Registro Civil de Nacimiento del trabajador.
- Formato de Declaración Juramentada del Ministerio del Trabajo donde se evidencie la dependencia económica y se declare que el padre y/o madre no recibe pensión, salario, ni renta.
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Para los padres menores de 60 años, se debe presentar los mismos documentos.

**Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria.**

#### DISCAPACIDAD.

- El trabajador deberá acreditar la discapacidad de sus beneficiarios, de acuerdo con la normatividad vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social).

#### DEPENDENCIA POR CUSTODIA.

- Registro Civil de nacimiento del beneficiario.
- Documento de identidad del beneficiario o el documento válido de identificación para extranjeros.
- Documento de custodia.
- Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años.

#### CUIDADOR.

- Documentos de afiliación del trabajador y cónyuge o compañero permanente.
- Documentos de afiliación del beneficiario del trabajador, que presenta la condición de discapacidad.
- Certeza medica expedida por la EPS (certificado), IPS o entidad competente.
- Certificación juramentada del cuidador (Formato Comfaca)
- Validación de salario del trabajador, menor a dos dos (2) S.M.M.L.V. (Comfaca).

#### VETERANOS

Deberán anexar los documentos de afiliación generales especificados de que trata esta Circular Única jurídica y Adicionalmente los siguientes:

#### MANIFESTACIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR DONDE INDIQUE:

- Que se incrementó el número de trabajadores con relación a los que tenía con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.
- Que se incrementó el valor de la nómina, con relación al que tenía con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.
- Copia de la PILA del mes de diciembre del año inmediatamente anterior y la del mes en la que se va a hacer la nueva vinculación. Las Cajas de Compensación Familiar podrán validar esta información en las bases de datos dispuestas para tal fin.
- Acreditación de la calidad de veterano, expedida por el Ministerio de Defensa o quien haga sus veces.

#### TRABAJADORES INDEPENDIENTES

- Formulario de Afiliación: documento físico, digital o electrónico.
- Fotocopia del documento de identidad
- Certificado de paz y salvo si se encontraba afiliado a otra Caja de Compensación.
- Declaración donde conste el valor y la fuente de ingresos. Esta puede ser a través del formulario de afiliación o documento adjunto.

#### PENSIONADOS QUE APORTAN EL 0.6% O EL 2%

- Copia del documento de identidad.
- Certificado o fotocopia de la resolución de pensión.
- Colilla de pago de la última mesada pensional.
- Documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente.
- Registro civil de nacimiento de los hijos. Para mayores de siete años, tarjeta de identidad y para mayores de 18 años, cédula de ciudadanía.
- Para los pensionados que devenguen hasta 1.5 salarios mínimos de mesada pensional se tendrán en cuenta los mismos requisitos.

#### PENSIONADOS POR FIDELIZACIÓN

- Acreditación Validación de los 25 años en el Sistema del Subsidio Familiar
- Adicional a los requisitos de los pensionados que aportan el 0.6% o el

2%, se requerirá la sábana pensional o la historia laboral donde se verifique que estuvo afiliado al Sistema de Seguridad Social, en caso de no tener la certificación por parte de las Cajas de Compensación Familiar.

Las Cajas de Compensación Familiar también podrán aceptar la acreditación de los veinticinco (25) años de afiliación con los carnets de afiliación expedidos por las Corporaciones en donde estuvo afiliado

#### **TENER EN CUENTA:**

Para adicionar un beneficiario en su núcleo familiar, no es necesario la firma del empleador en el formulario de afiliación.

#### **NOTAS IMPORTANTES**

- ✓ En la afiliación de beneficiarios presentar la tarjeta de identidad cuando tienen 7 años y a los 18 años la copia de la cédula de ciudadanía o actualizar al cumplir la edad.
- ✓ Actualizar el certificado de discapacidad de sus beneficiarios, únicamente al cumplir los 6 o 18 años o cuando a criterio médico exista evolución positiva o negativa de su condición.
- ✓ No es válido como certificado de discapacidad las historias clínicas, resultados de pruebas psicológicas, exámenes médicos, entre otras.
- ✓ Para ser beneficiario de cuota monetaria por Cuidador, debe cumplir las siguientes condiciones: El salario del trabajador no supere 2 S.M.M.L.V., el trabajador tenga beneficiarios a cargo con discapacidad (hijos, hijastros, hermanos huérfanos, padres, dependientes por custodia), únicamente para el cónyuge o compañero permanente afiliado dentro de su grupo familiar, el cónyuge o compañero permanente no debe contar con vinculación laboral o ingreso alguno, y dependa económicamente del trabajador, el cónyuge o compañero permanente debe realizar actividades de cuidado del beneficiario discapacitado a cargo del trabajador.
- ✓ Los padres o hermanos sólo pueden estar afiliados por un solo trabajador y en una sola Caja de Compensación Familiar a nivel nacional.
- ✓ Actualización certificado escolar expedido por entidad debidamente aprobado por Ministerio de Educación: \* Comfaca valida directamente la escolaridad en plataforma SIMAT, para estudiantes del Dpto. del Caquetá, que cursan educación básica primaria y media secundaria, y los estudiantes que estudian en otros Departamentos deben presentar el Certificado Escolar o el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del periodo lectivo correspondiente.

- ✓ \* Para quienes adelanten estudios universitarios, técnicos, tecnológicos o por ciclos, deben renovarlo antes del 31 de marzo y 30 de septiembre de cada año, con fecha de expedición del semestre en curso. Los certificados emitidos por entidades del exterior deben venir apostillados.
- ✓ COMFACA no se responsabiliza por las cuotas monetarias dejadas de cancelar, cuando el trabajador no haya diligenciado correctamente el formulario de afiliación o presentado oportunamente los document
- ✓ Para desafiliar a un cónyuge se debe presentar oportunamente el documento en el que conste cesación de efectos civiles del matrimonio, liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

**ARTÍCULO 26. Ley 21/1982.** El subsidio se pagará al cónyuge a cuyo cargo esté la guarda y sostenimiento de los hijos. Si la guarda estuviere a cargo de ambos, se preferirá a las madres.

Para cancelar la cuota monetaria al trabajador hombre, deben presentar custodia del menor o autorización de la madre, documento autenticado.

Para la afiliación del trabajador con contrato tiempo parcial, deben presentar copia del contrato o certificación laboral especificando el tipo de contrato, horas laboradas y salario devengado,

#### **DEPENDIENTE POR CUSTODIA:**

- ✓ Es el beneficiario menor de 18 años, o mayores de 18 años en condición de discapacidad, que es entregado al afiliado para su cuidado y sostenimiento económico. La entrega puede ser provisional o permanente y debe constar en documento emitido por autoridad competente, en los términos de la presente Circular. Si el trabajador cumple con los requisitos establecidos en la norma, podrá ser acreedor del derecho a subsidio familiar en dinero – cuota monetaria.

#### **CUIDADOR:**

- ✓ Es el o la Cónyuge o compañero (a) permanente del trabajador afiliado que no tenga vinculación laboral o ingreso, y que realice actividades de cuidado de beneficiarios del trabajador que presentan condición de discapacidad. Siempre y cuando el ingreso del hogar no supere los dos (2) S.M.M.L.V. y el beneficiario que presenta la condición de discapacidad requiera asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación, ayuda en la administración de medicamentos.