Inscripción del trabajador	Adición de personas a cargo	\bigcirc	Reingreso
Cambio de empleador	Actualización documentos o dat	tos 🔘	



Inscripción del trabajador Adición de perso Cambio de empleador Actualización do	nas a cargo Rein	ngreso 🔾		VEDADES DE TRABAJADORES ilario, siga las instrucciones al respaldo		
2. DATOS DEL EMPLEADOR			i ara diligonolar osto formi	nario, siga ias menucciones ai respaido		
NIT C.C. C.E. PA VISA PT Nombre o Razón Social:						
3. TIPO DE TRABAJADOR TRABAJADOR DEPENDIENTE	TDARA IADOD VI	ETEDANO DE LA I	FUERZA PUBLICA			
4. DATOS BASICOS DEL TRABAJADOR	TRADAJADOR VI	LILIVANO DE LA I	TOLINZA FOBLICA			
Tipo Documento: CC TI CE PT PA VIS	SA No. Documento:	Fech	ha Expedición: DIA MES AÑO Luga	r Expedición:		
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido						
Fecha de Nacimiento: DIA MES AÑO Sexo H M I Orientación Sexual Heterosexual Homosexual Homosexual Bisexual Discapacidad Si No Física Vísual Auditiva Intelectual Psicosocial Sordoceguera Múltiple Orientación Sexual Heterosexual Heterosexual Heterosexual Heterosexual Heterosexual Orientación Sexual Orientaci						
Estado Civil Soltero Casado Unión Libre Divorciado Viudo Separado Nunca ha estado casado ni ha vivido en unión libre C						
Nivel de Escolaridad Preescolar Básica Secundaria Media Básica Adultos Media Adultos Secundaria Adultos Primera Infancia Tecnico/Tecnologo Profesional U. Posgrado/Maestria Ninguno						
Ocupación DANE 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 0 8 0 9 0 Factor de Vulnerabilidad 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 0 8 0 9 0 10 0 11 0 12 0						
Pertenencia Etnica 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0	7 Resguardo Si No	¿Cuál?	Pueblo indígena Si N	o ¿Cuál?		
Reside en el Extranjero? Si No ¿Cuál Pais	^	Circuitius /	Triming Mades Committed	Occasion Democratica		
Nivel Ocupacional Operativo Administrativ Tipo de Contrato Término Fijo Término Inc		S Ejecutivo (Ces Técnico Madre Comunitaria Trabaja: M	edio Tiempo () Tiempo Completo ()		
Tenencia Vivienda En propiedad En arriend						
Dirección de Vivienda:		ana Rural	Barrio o Vereda:	Estrato		
Teléfono Fijo Correo Ele						
No. Celular Departamento donde labora	Municipio donde labora		Municipio Trabajador Ui	bano Rural O		
5. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)	PADRE O MADRE BIOLÓGIO		Convivencia?	Si No		
Tipo Documento: CC TI CE PT PA VIS	A No. Documento:			r Expedición:		
Primer Nombre Fecha de Nacimiento: DIA MES AÑO Sex	Segundo Nombre O H M I Orientación S	1	ner Apellido Desexual	Segundo Apellido		
Discapacidad Si No Física	Visual Auditiva	Intelectual	Psicosocial Sordoceguera	Múltiple O		
Pertenencia Etnica 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0	7 Resguardo Si No	¿Cuál?		o ¿Cuál?		
Tenencia Vivienda En propiedad En arrieno	do			padministración		
Dirección de Vivienda: Teléfono Fijo Correo Ele	ctrónico	Urbana () Ri	Rural () Barrio o Vereda:			
<u> </u>	Departamento		Municipio			
6. DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, HERMANOS HUERFAN	OS DE PADRES, PADRES MAYORES	S DE 60 AÑOS (SO	OLO REGISTRE LAS PERSONAS CON DERECHO A CUOTA MONETAR	A)		
Time Description Interesting			Fecha de	Nivel de Escolaridad		
Tipo Documento o Identificación Noi	mbres Primer Apellido	Segundo Apellido	Nacimiento Sexo	aria aria adultos dultos conológio conológio na I U. Maestri ndo		
RC TI CC VISA CE PA PT	7,7,1111		Día Mes Año H M I	Preescolar Básica Secundaria Media Basica Adult Secundaria Ad Media Adult Primera Infair Técnicoffecnok Profesional I Posgrado/Mae		
Discapacidad Si No 1. Física 2. V	/isual 3. Auditiva 4. Intelectual	5. Psicosocial	6. Sordoceguera 7. Múltiple (Incluir núm	ero en la columna según discapacidad)		
7. EMPLEADOR SOLICITANTE	isual 5. Additiva 4. Intelectual	J. FSICOSOCIAI	6. Sordoceguera 7. Múltiple (Incluir núm	ero erria columna segun discapacidad)		
AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Al diligenciar y firmar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER -COMFANORTE a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfanorte.com.co/ y/o en AVENIDA 1 CALLE 9 No. 0-95 ESQUINA. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER -COMFANORTE y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos. SÍ AUTORIZO NO AUTORIZO						
DECLARACIÓN JURADA. Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de la caja y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3,18,27,37 de la Ley 21/82, Artículo 3 Ley 789/02, Decreto 2340/03 y						
Observaciones:						
		EMPRESA:		NIT:		
				TIPO DOC. NÚMERO DE DOCUMENTO		
CLASE AFILIADO: NÚMERO DE ORDEN VIGENCIA:			VIGENCIA:			
	CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE TIPO DOC. NÚMERO DE DOCUMENTO			TIPO DOC. NÚMERO DE DOCUMENTO		
	Comfanorte [®]	•	PERSONAS A CARGO	PARENTESCO IDENTIFICACIÓN		
	Donde queremos estar		I ENDOING A CAROU	IDENTIFICACION		
Calle 9 Av 1 Esquina Edificio Comfanorte		_				

FECHA DE AFILIACIÓN FIRMA JEFE DE SUBSIDIO

www.comfanorte.com.co NIT. 890.500.516-3

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO Y REQUISITOS

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

- Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, sin enmendaduras, con información clara, completa y en letra legible, firmado por el trabajador y el empleador. Escriba correctamente el número de identificación y el NIT de la empresa.
- 3. Fotocopia del documento de identidad actualizado del trabajador y sus beneficiarios, legible, clara, completa y ampliada a 150% y sin enmendaduras

Nota. 1. Se debe diligenciar un formulario por cada núcleo familiar que tenga el trabajador.

2. En caso de que sus beneficiarios sean más de seis, diligenciar formulario adicional

1. TIPO DE NOVEDAD: Marque con una X de acuerdo al caso: Inscripción Trabajadores: Cuando se va afiliar al trabajador. Adición de personas a cargo: Cuando y se stá afiliado y desea ingresar otro beneficiario. Cambio de empleador: Ya está afiliado pero pasó a laborar con otra empresa o razónsocial. Actualización de documentos o datos: Ya está afiliado y desea actualizar dos con por ejemplo: Cambio de dirección, cambio de documento (Registro Civil o tarjeta de identidad). Reingreso: Cuando el empleador cancela el contrato pero reingresa a laborar nuevamente.

2. DATOS DEL EMPLEADOR: En este espacio se registra la información de la Empresa con la cual labora el trabajador. NIT: Número de Identificación Tributaria. C.C: Cedula de Ciudadania. C.E: Cédula de Extranjeria. PA: Pasaporte. VISA. PT. Permiso Temporal de Permanencia. Nombre o Razón Social: Nombre del empleador.

3. TIPO DE TRABAJADOR: En este espacio se marca con una X el tipo de trabajador en caso de ser dependiente de una empresa normal y como veterano de la Fuerza Pública, si se cumple con los requisitos de la Ley 1979 de 2019 por medio de la cual se reconoce, rinde homenaje y se otorgan beneficios a los veteranos de la Fuerza Pública.

4. DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR: En este espacio se registra la información del trabajador.
Tipo de documento: C.C: Cédula de ciudadanía, C.E: Cédula de Extranjeria, Ti: Tarjeta de identidad, PA: Pasaporte. VISA. P.T. Permiso Temporal de Permanencia.
Orientación Sexual: Marque con X su orientación sexual según corresponda.
Discapacidad: Marque Si o No, e indique la clase de discapacidad (física, visual, auditiva, intelectual, psicosocial, sordoceguera, múltiple).
Estado Gívil: Marque su estado civil actualmente.
Nivel Escolaridad: Marque el nivel educativo alcanzado.
Ocupación DAIS: Marque en una xa fulliment de auerdo al cédico correspondiente a: 1 Directores de

Estado Civil: Marque su estado civil actualmente.

Nivel Escolaridad: Marque el nivel educativo alcanzado.

Ocupación DANE: Marque con una x el número, de acuerdo al código correspondiente a: 1 Directores de Administración y servicios. 2. Profesionales, Científicos e intelectuales. 3. Técnicos y profesionales de invel medio. 4. Personal de apoyo administrativo. 5. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados. 6. Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros. 7. Oficiales, operarios, artesanos y oficios relacionados. 8. Operarios de instalaciones y maquinas, ensambles. 9. Ocupacionales elementales.

Factor de vulnerabilidad: Marque con una x el número, de acuerdo al factor que pertenece: 1. Desplazado. 2. Víctima del conflicto armado (no desplazado), 3. Desmovilizado o reinsertado. 4. Hijo(a)(os)(as) de desmovilizado o reinsertados. 5. Damnificado desastre natural. 6. Cabeza de familia. 7. Hijo(a)(os)(as) de madres cabeza de familia. 8. En condición de discapacidad. 9. Población zonas fronterizas (nacionales). 11. Ejercicio del trabajo sexual. 12. No aplica.

Pertenencia Eftnica: Marque con una X el número de la etnia a la cual pertenece: 1. Afrocolombia. 2. Comunidad negra. 3. Indigena. 4. Palanquero. 5. Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 6. Room/gitano. 7. Nos e reconoce en ninguno de los anteriores. Registre el nombre del Resguardo y/o pueblo indigena al que pertenece.

¿Reside en el extranjero? Marque Si o No ¿Cuál pais?

Nivel ocupacional: Marque su ocupación de acuerdo al cargo que desempeña.

Madres comunitarias: Prestan servicios al ICBF.

Servicio doméstico: Persona que labora en casa de familia y realiza labores domésticas por contrato. Tipo de contrato. Marque el tipo de contrato Narque el que correspondo es ucontrato.

Tenencia de vivienda: Describa el tipo de vivienda que posee según el caso.

Estrato: Registre el estrato de la vivienda. Se puede guiar por un recibo de servicio público.

Los siguientes espacios d

5. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A), PADRE O MADRE BIOLÓGICO DEL (A) MENOR: Marque de acuerdo al tipo de beneficiario que usted va a afiliar; conviven SI, NO. Marque con una X Marque de acuerdo al tipo de beneficiario que usted va a afiliar; conviven SI, NO. Marque con una x según el caso. Para diligenciar este item tome como referencia la descripción del item anterior (3) según el caso de acuerdo al beneficiario a afiliar.

Discapacidad: Marque SI o No, e indique la clase de discapacidad (física, visual, auditiva, intelectual priceposida condensario de marque SI o No.

ocial, sordocequera, múltiple).

psicosocial, sordoceguera, multiple).

Pertenencia Étnica: Marque con una X el número de la etnia a la cual pertenece: 1. Afrocolombia. 2. Comunidad negra. 3. Indígena. 4. Palanquero. 5. Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 6. Room/gitano. 7. No se reconoce en ninguno de los anteriores. Registre el nombre del Resguardo y/o pueblo indígena al que pertenece.

Tenencia de vivienda: Describa el tipo de vivienda que posee según el caso.

6. DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, HERMANOS HUERFANOS DE PADRES, PADRES MAYORES DE 60 AÑOS (SOLO REGISTRE LAS PERSONAS CON DERECHO A CUOTA): Registre los menores de 18 años, personas en condición de discapacidad, hermanos huérfanos de padres, padres mayores de 60 años con dependencia económica del trabajador.

Tipo de documento: RC: Registro Civil, Tl: Tarjeta de Identidad, C.C: Cédula de Ciudadanía, C.E: Cédula de Extranjería, PA: Pasaporte.VISA. P.T. Permiso Temporal de Permanencia.

Registre los campos de nombres, primer y segundo apellido, fecha de nacimiento y sexo de acuerdo como se encuentra en el documento de identificación. Parentesco: Registre hijo, hija, padre, madre, hijastro, hermano según el caso. En caso de genelo o mellizo marque X en la columna que corresponda. En caso de discapacidad incluir número correspondiente.

Nivel de escolaridad: Marque el grado en el que se encuentra actualmente, Ninguno: Marque en caso de no contar con ningún nivel de estudio.

Resguardo y/o pueblo indígena: Marque en el que se encuentra

7. EMPLEADOR SOLICITANTE:

r: Gestione ante el empleador la respectiva firma y sello de la empresa

Firma y cédula del trabajador: Registre la firma del trabajador con el número del documento de identificación.

Firma y sello recibido Comfanorte: No diligenciar espacio exclusivo de Comfanorte Autorización para tratamiento de datos personales: Lea detenidamente el contenido del texto

Firma y cédula del trabajador: Registre la firma del trabajador con el número del documento de identificación.

SUBSIDIO EXTRAORDINARIO POR FALLECIMIENTO

- Fallecimiento del trabajador. Se reconocerán 12 cuotas monetarias mes a mes.
- Fallecimiento del beneficiario. Se reconocerán 12 cuotas monetarias en un solo pago.

(Para tener derecho al subsidio extraordinario por fallecimiento se debe presentar registro de defunción. Los documentos provenientes del exterior deberán presentarse debidamente apostillados).

TRABAJADOR SOLTERO
 Formulario de afiliación y fotocopia de la cédula de ciudadanía.

TRABAJADOR CON CÓNYUGE SIN HIJOS

 Formulario de afiliación, documento de identificación del trabajador y del cónyuge o compañera permanente.
 Manifestación de estado civil: partida de matrimonio, y en caso de unión libre, diligenciar formato de Declaración Juramentada establecido por el Ministerio de Trabajo.

3. TRABAJADOR CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

- TRABAJADOR CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

 Fotocopia del documento dei dentificación del trabajador y cónyuge o compañera permanente.

 Fotocopia de la tarjeta de identificación del trabajador y cónyuge o compañera permanente.

 Fotocopia de la tarjeta de identificación del trabajador y cónyuge o compañera permanente.

 Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente, debe incluir salario.

 Siel(la) cónyuge no labora, diligencia el formato de la declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo.

 Manifestación de estado civil: partida de matrimonio, y en caso de unión libre, diligenciar formato de Declaración Juramentada establecido por el Ministerio de Trabajo, preferiblemente con firma de la madre.

 Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco, legible y sin enmendaduras.

 Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco, legible y sin enmendaduras.

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

 Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad fisica disminuida del hijo(a), indicando tipo de discapacidad. A partir del mes de marzo del año 2025, según Resolución No. 00001197 del 5 de julio de 2024, el beneficiario con discapacidad deberá estar registrado en la página SISPRO.

 Para nuevos hijos, diligenciar formulanto y anexar Registro Civil, legible y sin enmendaduras.

 NOTA En caso de senaración de los paderas vesentar custodiá de subridad competente.

NOTA. En caso de separación de los padres, presentar custodia de autoridad competente

4. TRABAJADOR CON CÓNYUGE E HIJASTROS

- TRABAJADOR CON CÓNYUGE E HIJASTROS
 Fotocopia del documento de identificación del trabajador y cónyuge o compañera permanente.
 Fotocopia de la tarjeta de identificación del trabajador y cónyuge o compañera permanente.
 Fotocopia de la tarjeta de identificación del trabajators.
 Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente, debe incluir salario.
 Siel(la) cónyuge no labora, diligencia el formato de la declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo.
 Declaración dependencia económica de los hijastros: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.
 Registro civil de nacimiento de los hijastros para acreditar parentesco con el padre aportante, legible y sin enmendaduras.
 Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.
 Custodia expedida por autoridad competente.
 Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida del hijastro(a), indicando tipo de discapacidad. A partir del mes de marzo del año 2025, según Resolución No. 00001197 del 5 de julio de 2024, el beneficiario con discapacidad deberá estar registrado en la página SISPRO.

5. TRABAJADOR SEPARADO CON HIJOS

- TRABAJADOR SEPARADO CON HIJOS

 Fotocopia de la cédula de ciudadania del trabajador.

 Fotocopia de la cédula de ciudadania del trabajador.

 Fotocopia de la tarjeta de identidad de los hijos.

 Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco, legible y sin enmendaduras.

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

 Custodia expedida por autoridad competente.

 Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad fisica disminuida del hijo(a), indicando tipo de discapacidad. A partir del mes de marzo del año 2025, según Resolución No. 00001197 del 5 de julio de 2024, el beneficiario con discapacidad deberá estar registrado en la página SISPRO.

- 6. TRABAJADORA SOLTERA CON HIJOS

 Fotocopia de la cédula de ciudadania de la madre.

 Fotocopia de la tarjeta de identidad de los hijos.

 Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco, legible y sin enmendaduras.

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

 Certificado de médico de la EPS o entidad competente donde constet la capacidad fisica disminuida del hijo(a), indicando tipo de discapacidad. A partir del mes de marzo del año 2025, según Resolución No. 00001197 del 5 de julio de 2024, el beneficiario con discapacidad deberá estar registrado en la página SISPRO.

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

TRABAJADOR CON PADRES MAYORES DE 60 AÑOS ara afiliar a padre o madre, necesariamente debe presentar los documentos de ambos; en caso de que uno esté pensionado, no

- **TRABAJADUN CUNT PROCESSA DE LA PROPERSION DEL PROPERSION DE LA PROPERSIO

NOTA. Si alguno de los padres del trabajador recibe renta, salario o es pensionado, no podrá recibir subsidio familiar (Art. 3, parágrafo 1 numeral 3 Ley 789 de 2002).

8. TRABAJADOR CON HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador o la trabajadora. Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérf formato establecido por el Ministerio del Trabajo. Registro civil del rabajador para acreditar parentesco; legible y sin enmendaduras. Registro civil de nacimiento del hermano(a) para acreditar parentesco y edad; legible y sin enmendadura Registro del defunción de los padres del 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente de Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente de Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de catalectorio de central de la consciención de la consc idor o la trabajadora. vivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres. Utilizar

- Registro de defuncion de los padres. Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletin de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado. Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida del hermano(a), indicando tipo de discapacidad. A patrif del mes de marzo del año 2025, según Resolución No. 00001197 del 5 de julio de 2024, el beneficiario con discapacidad deberá estar registrado en la página SISPRO.

NOTA. A partir de los 12 años deben presentar el certificado de escolaridad o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado para universitarios, técnicos y tecnologos. Deben presentar el certificado de estudio en marzo y septiembre en el año respectivo.

9. TRABAJADOR VETERANO DE LA FUERZA PÚBLICA

- Formulario de afiliación y fotocopia de la cédula de ciudadanía. Edad entre 18 a 40 años. Certificado que lo identifique como veterano de la fuerza pública, emitido por el Ministerio de Defensa en el CREMIL (Caja de Cernicado que lo dennique como veterano de la tuerza pública, emitudo por el ministerio de Defensa en el CREMIL (Caja de Retiro de la Fuerzas Militares).

 Nómina del Empleador del año inmediatamente anterior con el fin de validar el aumento de nómina con nuevo personal, para acceder al beneficio.

 Los trabajadores afiliados en condición de veteranos de la fuerza pública, tienen derecho a los servicios de Recreación,
- Turismo Social y Capacitación

- 10. CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

 Solo tendrá derectho la cónyuge o compañero (a) permanente del trabajador con relación vigente.

 La remuneración del trabajador no puede sobrepasar los dos (2) SMMLV.

 El cónyuge que realice actividades de cuidador no puede tener vinculación laboral o ingreso alguno.

 La discapacidad debe ser certificada por la Entidad Promotora de Salud EPS o entidad competente. Sólo aplica para discapacidad de la persona que requiere asistencia en actividades de ha ligiene, asseo, alimentación o ayuda en la administración de medicamentos por via oral y deberá estar registrado en la página SISPRO.

11.TRABAJADORES CON HIJOS FAMILIA DE CRIANZA

- Estar reconocido como hijo de crianza del trabajador. Registro Civil, en el cual se evidencie anotación por parte del Notario de las partes reconocidas. Documento expedido por Juez de Familia o Notario del domicilio del que pretende reconocerse como hijo de crianza. Además, debe anexar los requisitos descritos en el numeral 3 de "trabajador con cónyuge e hijos de la unión".

Nota: En caso de tener derecho a recibir la cuota monetaria, favor anexar copia de Certificado Bancario donde desea que se le realice la consignación de la cuota.

LEY 789/02 Artículo 3°. Régimen del subsidio familiar en dinero. 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, y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero (a), no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes, smlmv.

Parágrafo 3. Tendrán derecho a la cuota monetaria, los padres del trabajador beneficiario mayores de 60 años, siempre y cuando ninguno de los dos reciba salario, renta o pensión alguna. No podrán cobrar simultáneamente éste subsidio más de uno de los hijos trabajadores y gua dopada e considera considera de la trabajadore. que dependan económicamente del trabajador.

LEY 21/1982 Artículo 37. Todo trabajador beneficiario tendrá obligación de avisar a la respectiva Caja directamente o por conducto del empleador, los nacimientos o muertes de personas a cargo, el término de la convivencia, y cualquier otro hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio, dentro del mes en que cualquiera de dichos eventos ocurra.

RENOVACIÓN DE CERTIFICACIONES:					
CERTIFICADO	EDAD	SE RECIBE HASTA			
Escolaridad	A partir de los 12 años	15 de marzo de cada año			
Técnicos, tecnólogos, universitarios		15 de marzo de cada año 15 de septiembre de cada año			