

**1. TIPO DE NOVEDAD**

Inscripción del trabajador  Adición de personas a cargo  Reingreso   
 Cambio de empleador  Actualización documentos o datos



**AFILIACIONES Y NOVEDADES DE TRABAJADORES**  
 Para diligenciar este formulario, siga las instrucciones al respaldo

**2. DATOS DEL EMPLEADOR**

NIT  C.C.  C.E.  PA  VISA  PT  PEP   
 No.

**Nombre o Razón Social:**

**3. TIPO DE TRABAJADOR**

TRABAJADOR DEPENDIENTE  TRABAJADOR VETERANO DE LA FUERZA PUBLICA

**4. DATOS BASICOS DEL TRABAJADOR**

Tipo Documento:	CC	TI	CE	PEP	PT	PA	VISA	No. Documento:	Fecha Expedición:	DIA	MES	AÑO	Lugar Expedición:		
Primer Nombre				Segundo Nombre				Primer Apellido				Segundo Apellido			
Fecha de Nacimiento:	DIA	MES	AÑO	Sexo	H	M	I	Orientación Sexual:	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Discapacidad	Si	No	
Estado Civil	Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Nunca ha estado casado ni ha vivido en unión libre <input type="radio"/>														
Nivel de Escolaridad	Preescolar <input type="radio"/> Básica <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Media <input type="radio"/> Básica Adultos <input type="radio"/> Media Adultos <input type="radio"/> Secundaria Adultos <input type="radio"/> Primera Infancia <input type="radio"/>														
	Tecnico/Tecnologo <input type="radio"/> Profesional U. <input type="radio"/> Posgrado/Maestria <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/>														
Codigo CIU O DANÉ	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> Factor de Vulnerabilidad 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/>														

Preferencia Étnica 1  2  3  4  5  6  7  Reside en el Extranjero?  Si  No  Cual País?

Nivel Ocupacional Operativo  Administrativo  Directivo  Taxista  Ejecutivo  Técnico  Madre Comunitaria  Servicio Domestico

Tipo de Contrato Término Fijo  Término Indefinido  Prestación de Servicios  Aprendizices  Temporales  Trabaja: Medio Tiempo  Tiempo Completo

Tenencia Vivienda En propiedad  En arriendo  En comodato  En concesión  En convenio  En contrato de administración o Coadministración  En préstamo

Dirección de Vivienda:  Barrio o Vereda:  Estrato:

Teléfono Fijo  Correo Electrónico

No. Celular  Departamento  Municipio

Departamento donde labora  Municipio donde labora  Trabajador Urbano  Rural

**5. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)**  PADRE O MADRE BIOLÓGICO DEL MENOR  Convivencia? Si  No

Tipo Documento:	CC	TI	CE	PEP	PT	PA	VISA	No. Documento:	Fecha Expedición:	DIA	MES	AÑO	Lugar Expedición:		
Primer Nombre				Segundo Nombre				Primer Apellido				Segundo Apellido			
Fecha de Nacimiento:	DIA	MES	AÑO	Sexo	H	M	I	Orientación Sexual:	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Discapacidad	Si	No	
Dirección de Vivienda:	<input type="text"/>														
Teléfono Fijo	<input type="text"/>														
No. Celular	<input type="text"/>														
Departamento	<input type="text"/>														
Municipio	<input type="text"/>														

**6. DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, HERMANOS HUERFANOS DE PADRES, PADRES MAYORES DE 60 AÑOS** (SOLO REGISTRE LAS PERSONAS CON DERECHO A CUOTA MONETARIA)

Tipo Documento o Identificación	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo			Parentesco	Discapacitado	Nivel de Escolaridad																	
					H	M	I			Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Básica Adultos	Secundaria Adultos	Media Adultos	Primera Infancia	Técnico/Tecnológico	Profesional U.	Posgrado/Maestria	Ninguno						
NUIP	TI	CC	VISA	CE	PA	PEP	PT	Día	Mes	Año																	

**7. EMPLEADOR SOLICITANTE**

**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/](http://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 entregará 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 Decreto 586/04.

Firma y sello Empleador

Firma y No. Cédula Trabajador

Firma y Sello Recibido Comfanorte

**Observaciones:**

EMPRESA:	NIT:
AFILIADO:	TIPO DOC. NÚMERO DE DOCUMENTO
CLASE AFILIADO:	NÚMERO DE ORDEN VIGENCIA:
CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE	TIPO DOC. NÚMERO DE DOCUMENTO
PERSONAS A CARGO	PARENTESCO IDENTIFICACIÓN
FECHA DE AFILIACIÓN	
FIRMA JEFE DE SUBSIDIO	

## INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO Y REQUISITOS

### RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, sin enmendaduras, con información clara, completa y en letra legible, firmado por el trabajador y el empleador.
2. 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 a afiliarse al trabajador.

**Añición de personas a cargo:** Cuando ya está afiliado y desea ingresar otro beneficiario.  
**Cambio de empleador:** Ya está afiliado pero pasó a laborar con otra empresa o razón social.  
**Actualización de documentos o datos:** Ya está afiliado y desea actualizar datos como 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: Cédula de Ciudadanía, C.E: Cédula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PA: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanencia. 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 BASICOS DEL TRABAJADOR:** En este espacio se registra la información del trabajador  
**Tipo de documento:** C.C: Cédula de ciudadanía, C.E: Cédula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PA: Pasaporte, PEP: Permiso especial de permanencia, Visa, P.T. Permiso Temporal de Permanencia.  
**Orientación Sexual:** Marque con X su orientación sexual según corresponda.  
**Discapacidad:** Marque Si o No  
**Estado Civil:** Marque su estado civil actualmente.  
**Nivel Escolaridad:** Marque el nivel educativo alcanzado.  
**Código CIUO 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 Nivel 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 Máquinas, Ensamblables 9.Ocupaciones Elementales.  
**Factor de Vulnerabilidad:** Marque con una x el número, de acuerdo al factor que pertenece: 1.Desplazado 2.Victima del conflicto armado(No Desplazado) 3.Desmovilizado o reinserción 4.Hijo (as) de desmovilizado o reinserción 5.Dañificado desastre natural 6.Cabeza de familia 7.Hijo (as) de madres cabeza de familia 8.En condición de discapacidad 9.Población migrante 10.Población Zonas fronterizas (Nacionales) 11. Ejercicio del trabajo Sexual 12. No aplica  
**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.  
**¿Reside en el Extranjero?** Marque Si o No ¿Cuál País?  
**Nivel Ocupacional:** Marque su ocupación de acuerdo al cargo que desempeña  
**Madres Comunitarias:** Prestan servicios a ICBF.  
**Servicio Doméstico:** Persona que labora en casa de familia y realiza labores domésticas por contrato.  
**Tipo de Contrato:** Marque el tipo de contrato por el cual fue contratado (a).  
**Trabajo:** Medio tiempo, tiempo completo marque al que corresponde su contrato.  
**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 de este ítem (3) diligencien los datos de ubicación y contacto.

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

**6. DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES, PADRES MAYORES DE 60 AÑOS (SOLO REGISTRE LAS PERSONAS CON DERECHO A CUOTA):** Registre los menores de 18 años, personas en condiciones de discapacidad, hermanos huérfanos de padres, padres mayores de 60 años con dependencia económica del trabajador.  
**Tipo de documento:** RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de Identidad, C.C: Cédula de Ciudadanía, C.E: Cédula de Extranjería, PA: Pasaporte, PEP: Permiso Especial de Permanencia, Visa, P.T. Permiso Temporal de Permanencia.  
Registre los campos de primer y segundo apellido, nombres, 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 gemelo o mellizo marque X en la columna que corresponda. **Nivel de escolaridad:** Marque el grado en el que se encuentra actualmente, Ninguno: Marque en caso de no contar con ningún nivel de estudio.

**7. EMPLEADOR SOLICITANTE:**  
**Firma y sello del empleador:** 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.

#### 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.

#### TRABAJADOR CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

- Documento de identificación del trabajador y cónyuge o compañera permanente.
- Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente, debe incluir salario.
- Si el(a) cónyuge no labora, diligencia el formato de la declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo.
- Manifestación 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, legible y sin enmendaduras.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.
- Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.
- Para nuevos hijos diligenciar formulario y anexar Registro Civil, legible y sin enmendaduras.

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

#### TRABAJADOR CON CÓNYUGE E HIJASTROS

- Documento de identificación del trabajador y cónyuge o compañera permanente.
- Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente. Debe incluir salario.
- Si el (a) 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.
- 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, 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 que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.
- Dependencia económica: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

#### TRABAJADOR SEPARADO CON HIJOS

- Fotocopia cédula de ciudadanía del trabajador.
- Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor.
- Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco, 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 que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

#### TRABAJADORA SOLTERA CON HIJOS

- Cédula de ciudadanía de la madre.
- Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco, legible y sin enmendaduras.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.
- 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.

#### TRABAJADOR CON PADRES MAYORES DE 60 AÑOS

(Para afiliarse a padre o madre necesariamente debe presentar los documentos de ambos; en caso de que uno este pensionado, no tendrá derecho al subsidio)

- Fotocopia cédula de ciudadanía del trabajador o trabajadora
- Fotocopia de identificación de los padres.
- Registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco, legible y sin enmendaduras.
- 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.
- Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

**NOTA:** Si alguno de los padres del trabajador recibe renta salario o es pensionado, no podrá recibir subsidio familiar (Art. 20 parágrafo 1 numeral 3 Ley 789 de 2002).

#### TRABAJADOR CON HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES

- Fotocopia cédula de ciudadanía del trabajador o trabajadora
- Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.
- Registro civil del trabajador para acreditar parentesco, legible y sin enmendaduras.
- Registro civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad, legible y sin enmendaduras.
- Registro de defunción de los padres.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.
- Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

**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 tecnólogos deben presentar el certificado de estudio en marzo y septiembre en el año respectivo.

#### TRABAJADOR VETERANO DE LAS FUERZAS PÚBLICAS

- Formulario de afiliación y fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Edad entre 18 a 40 años.
- Certificado que lo identifique como veterano de las fuerzas públicas emitido por el Ministerio de Defensa en el CREMIL (Caja de Retiro de las 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 las Fuerzas Públicas tienen derecho a los servicios de Recreación, Turismo Social y Capacitación

#### SUBSIDIO EXTRAORDINARIO POR FALLECIMIENTO:

FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR: Se reconocerá 12 cuotas monetarias mes a mes

FALLECIMIENTO DEL BENEFICIARIO: Se reconocerá 12 cuotas 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.

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 que dependan económicamente del trabajador.

LEY 21/1982 Artículo 37. Todotrabajador 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