

FORMULARIO DE AFILIACION Y/O ADICION DE TRABAJADORES

SUBSIDIOS Y
APORTES



Afiliación (Ingreso a la empresa, cambio de empleador y renovación de contrato)		Ciudad y fecha,	DD	MM	AAAA
Adición y/o Actualización (Afiliación de cónyuge y/o beneficiarios, actualización datos)					

A. DATOS DEL EMPLEADOR					
No. Identificación		Razón social / Apellidos y nombres			Sucursal (solo si aplica)

B. DATOS DEL TRABAJADOR																			
Tipo de identificación						No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento			Estado civil					
CC	CE	PA	TI	PT	PE						DD	MM	AAAA	Unión Libre	Casado	Divorciado	Separado	Viudo	Soltero
Estudios						<input type="checkbox"/>	Básica	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Media	<input type="checkbox"/>	Prim. Infancia	<input type="checkbox"/>	Tec./tecnólogo	<input type="checkbox"/>	Profesional U.	<input type="checkbox"/>	Postgrado/Maestría
Sexo						<input type="checkbox"/>	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	Orientación Sexual			<input type="checkbox"/>	Heterosexual	<input type="checkbox"/>	Homosexual	<input type="checkbox"/>	Bisexual	
Factor Vulnerabilidad						<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	Víctima C. Armado	<input type="checkbox"/>	Desmovilizado o reinsertado	<input type="checkbox"/>	Dañificado Desastre Natural	<input type="checkbox"/>	Ejercicio del Trabajo Sexual	<input type="checkbox"/>	Cabeza de Familia	<input type="checkbox"/>	Desplazado
Pertenencia Étnica						<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	Afro Colombiano	<input type="checkbox"/>	Comun. Negra	<input type="checkbox"/>	Indígena	<input type="checkbox"/>	Palanquero	<input type="checkbox"/>	Room/Gitano	<input type="checkbox"/>	Raízal San Andr. Prov

DATOS DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR										
Dirección de residencia	Municipio de residencia	País de residencia	Celular	¿Tiene usted WhatsApp con el número de celular diligenciado en la casilla anterior?		Correo Electrónico				
				SI	NO					
Vivienda	<input type="checkbox"/>	No Tiene	<input type="checkbox"/>	Familiar	<input type="checkbox"/>	Propia	<input type="checkbox"/>	Arrendada	<input type="checkbox"/>	Hipotecada

DATOS LABORALES								
Municipio donde Labora	Número de horas laboradas al mes	Salario mensual	Fecha de ingreso			Código de ocupación (estructura CIUO - DANE)	Descripción de la ocupación o cargo	
			DD	MM	AAAA			
Tipo de Contrato	<input type="checkbox"/>	Término Indefinido	<input type="checkbox"/>	Término Fijo	Fecha Terminación (término fijo)	DD	MM	AAAA

DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUAL TRABAJO ANTERIORMENTE						
Razón social / Apellidos y nombres			Nit.	Fecha retiro	Ultimo mes de aporte	
				DD	MM	AAAA

C. DATOS DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE																			
Tipo de identificación						No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento			Sexo	Ocupación				
CC	CE	PA	TI	PT	PE						DD	MM	AAAA	H	M	Hogar	Empleado Independiente	Pensionado	Estudiante
SALARIO:						TELEFONO:						E-MAIL:							
Estudios						<input type="checkbox"/>	Básica	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Media	<input type="checkbox"/>	Prim. Infancia	<input type="checkbox"/>	Tec./tecnólogo	<input type="checkbox"/>	Profesional U.	<input type="checkbox"/>	Postgrado/Maestría

D. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS																
Tipo de identificación						No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento			Sexo	Parentesco	Discapacidad
CC	CE	PA	RC	PT	PE						DD	MM	AAAA	H	M	Hijo

E. AUTORIZACIÓN PAGO CUOTA MONETARIA (SOLO PARA TRABAJADORES CON PERSONAS A CARGO Y CATEGORIA A Y B)						
ENTIDAD BANCARIA		TIPO DE CUENTA		NUMERO DE CUENTA		NOTA: Debe anexar a este formato el formulario diligenciado de Autorización Pago Cuota Monetaria y certificado de la cuenta bancaria.
AHORRO		CORRIENTE				

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar del Amazonas CAFAMAZ realice el tratamiento respectivo, consistente en la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir, o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar, ó en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, reconocimiento y pago de la cuota monetaria, notificar o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularia para fines publicitarios y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Dicho tratamiento se podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales a través del correo electrónico atencionalcliente@cafamaz.com, salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su Política de Protección de Datos, según lo reglamentado por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Firma y documento de identidad del trabajador	SOLO EN CASO DE AFILIACION	CAFAMAZ USO EXCLUSIVO CAFAMAZ
	Firma y sello del empleador	



INFORMACION PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DE AFILIACION, ADICION Y/O ACTUALIZACION DE TRABAJADORES

Actualizado de acuerdo a la Circular Externa 07 de 2019 de la Superintendencia del Subsidio familiar

Antes de radicar el formulario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones y adjunte todos los documentos solicitados

El formulario y documentos anexos deben ser legibles, sin tachones, enmendaduras ni resaltador.

Diligencie todos los campos del formulario según los casos abajo indicados (la omisión de algún campo es motivo de no aceptación)

CONVENCIONES

NIT: Número de identificación Tributaria
CC: Cédula de Ciudadanía
CE: Cédula de Extranjería
PA: Pasaporte

TI: Tarjeta de Identidad
RC: Registro Civil de Nacimiento
PE: Permiso Especial de Permanencia (Decreto 3015 de 2017)
PT: Permiso de Protección Temporal

REQUISITOS OBLIGATORIOS PARA AFILIACION DE TRABAJADORES Y PERSONAS A CARGO (Circular Externa 002/2016 de la SSF)

I. TRABAJADOR SOLTERO

- Formulario de afiliación
- Fotocopia del documento de identificación del trabajador.

II. CON CONYUGE SIN HIJOS

- Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente.

III. CON CONYUGE E HIJOS DE LA UNION

- Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente.
- Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente.
- Formato "Declaración Juramentada" del Ministerio de Trabajo o Registro civil de matrimonio.
- Registro civil de nacimiento de los hijos, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.

III. CON CONYUGE E HIJASTROS

- Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente.
- Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente.
- Formato "Declaración Juramentada" del Ministerio de Trabajo.
- Custodia expedida por la autoridad competente.
- Registro civil de nacimiento de los hijastros, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.

IV. TRABAJADOR SEPARADO CON HIJOS

- Registro civil de nacimiento de los hijos, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
- Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor, o Custodia, o Formato "Declaración Juramentada" del Ministerio de Trabajo, preferiblemente firmado por la madre.

V. TRABAJADORA SOLTERA CON HIJOS

- Registro civil de nacimiento de los hijos, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
- NOTA: Se refiere a los menores en cuyo registro civil figure únicamente la madre.**

VI. PADRES MAYORES DE 60 AÑOS

- Documento de identificación del padre o madre, si es por primera vez.
- Registro civil de nacimiento del trabajador, fotocopia simple, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
- Certificado de la EPS donde conste el tipo de afiliación.
- Formato "Declaración Juramentada" del Ministerio de Trabajo.

VII. HERMANOS HUERFANOS DE PADRES

- Formato "Declaración Juramentada" del Ministerio de Trabajo.
- Registro civil de nacimiento del trabajador, fotocopia simple, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
- Registro civil de nacimiento del hermano, fotocopia simple, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
- Registros civiles de defunción de los padres.

OTROS DOCUMENTOS PARA RECONOCIMIENTO DE LA CUTA MONETARIA

VIII. HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS A PARTIR DE 12 AÑOS Y DE FORMA ANUAL DEBE PRESENTAR:

- Original del certificado de estudio o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.
- NOTA:** Para los certificados expedidos en el exterior se requiere realizar el trámite de postilla en el consulado correspondiente.

IX. HIJOS, HIJASTROS, HERMANOS Y PADRES CON DISCAPACIDAD

- Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la discapacidad física disminuida que le impida trabajar, indicando tipo de discapacidad. (IPS de la red pública de salud (decreto 1355 de 2008 y 4942 de 2009), o por la Junta Regional de Calificación de Invalidez (decreto 2453 del 20 de noviembre de 2001)

NOTA: El formato "Declaración juramentada" del Ministerio de Trabajo está diseñado para certificar convivencia en el caso de unión marital de hecho, dependencia económica en los casos de afiliación de hijos de padres separados, hijastros, hermanos huérfanos y padres mayores de 60 años, NO es necesario diligenciar un formato para cada caso, en el mismo formato se debe certificar todos los casos que aplique a su afiliación.