

**I. DATOS PARA SER SUMINISTRADOS POR EL EMPLEADOR**

<b>PARTE 1</b>		<b>Tipo de novedad (ver en hoja adjunta: tipo de novedad)</b>			
Afiliación del trabajador <input type="checkbox"/>		Actualización de personas a cargo <input type="checkbox"/>			
<b>PARTE 2</b>		<b>Datos de la empresa</b>			
Nombre o razón social de la empresa		Teléfono	Código Confa	Sucursal	Nit. o cédula de la empresa
Correo electrónico					
<b>PARTE 2A</b>		<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>			
N° identificación del trabajador	1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre (s)	Género	
Fecha expedición del documento				Fem. <input type="checkbox"/>	Mas. <input type="checkbox"/>
Año   Mes   Día					
Horas laboradas en el mes	Salario fijo promedio mensual (básico más comisiones)	Ciudad de labores		Fecha ingreso a la empresa	
				Año   Mes   Día	
<b>PARTE 2B</b>		<b>Diligenciar en caso que el trabajador labore en otra empresa simultáneamente</b>			
Nombre de la empresa en la cual trabaja simultáneamente		Horas laboradas en el mes	Salario fijo o promedio mensual	Fecha ingreso a la empresa	
				AÑO   MES   DÍA	

**II. DATOS PARA SER SUMINISTRADOS POR EL TRABAJADOR**

<b>PARTE 3</b>		<b>Datos del trabajador</b>			
Dirección del trabajador		Barrio	Ciudad		
Fecha de nacimiento		Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Teléfono
Año   Mes   Día		Madre cabeza de familia <input type="checkbox"/> Persona en condición de discapacidad <input type="checkbox"/>			
<b>PARTE 3A</b>		<b>Datos del cónyuge o compañero(a) permanente</b>			
En el caso que el trabajador sea separado, para afiliarse al cónyuge actual o al compañero (a) permanente como beneficiario, debe anexar documento de la disolución y liquidación de la sociedad conyugal anterior					
N° de identificación del cónyuge	1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre (es)	Recibe subsidio	Género
Fecha expedición del documento				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/>
Año   Mes   Día				Fecha de nacimiento	
Ciudad donde recibe el subsidio				Año   Mes   Día	
Nombre de la empresa para la cual trabaja		Nit. o cédula de la empresa		Salario fijo o promedio mensual	
<b>PARTE 4</b>		<b>Datos de las personas a cargo del trabajador</b>			
Si el trabajador tiene varios grupos familiares (hijos con más de una persona) es necesario diligenciar un formulario por cada grupo familiar					

1. Si omite relacionar los beneficiarios de su grupo familiar no tendrá derecho ni a los servicios ni al subsidio.		Género		Parentesco		Información de identidad		
2. Si en la parte 1 tipo de novedad señaló únicamente actualización-adición de personas a cargo, diligencie sólo los datos de esas personas (en este caso no es necesario relacionar los beneficiarios ya afiliados).		Masculino	Femenino	Padres	Hermanos	Hijos	Hijastros	Discapacidad
1er. Apellido		2do. Apellido		Nombre(s)		Nivel educativo	Fecha de nacimiento (AAAA-MM-DD)	
						Tipo de documento de identidad	Tipo	
						<input type="checkbox"/> C.C. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> C.E. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> T.I. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> R.C. Registro civil		

Espacio para diligenciar por Confa (causas, motivos de devolución)

<b>PARTE 4A</b>		<b>Datos del padre o madre biológica de los hijos del trabajador</b>			
Diligencie solo en el caso de no ser los mismos datos de la parte N° 3A (datos del cónyuge o compañero(a) permanente)					
N° identificación	1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres (s)	Recibe subsidio	Género
Fecha expedición del documento				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/> Mas. <input type="checkbox"/>
Año   Mes   Día				Fecha de nacimiento	
Año   Mes   Día				Año   Mes   Día	
Nombre de la empresa en la cual trabaja		Nit. o cédula de la empresa		Salario fijo o promedio mensual	

**PARTE 5. Autoriza el tratamiento y uso de datos personales?** Si  No

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Caldas, con respecto a mi información y frente a la información de quien represento, para procesarla, recolectarla, almacenarla, usarla, circularla, suprimirla, compartirla, actualizarla y transmitirla, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de tratamiento vigentes, con el fin de hacer posible la presentación de los servicios, para reportes a autoridades de control y vigilancia y para fines de uso administrativo, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos.

Como titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, ser informado sobre el uso que se ha dado de los mismos en el momento que los solicite, presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio, por infracción a la ley, revocar la autorización y / o solicitar la suspensión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Número de identificación \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días, del mes de \_\_\_\_\_ del año 201\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**PARTE 6.**  
Bajo la gravedad de juramento declaro que este formulario ha sido examinado por mí y todos los datos que a mí se refieren son exactos.

Firma del trabajador

El suministro de datos falsos por parte del Empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Firma y Sello de la Empresa

## OBSERVACIONES

**SEÑOR TRABAJADOR:** Al respaldo del formulario de afiliación de trabajadores y personas a cargo, encontrará las declaraciones extrajuicio, favor diligenciarlas completamente según el caso

**SEÑOR EMPLEADOR:** Recuerde que este formulario de afiliación debe estar correctamente diligenciado, firmado por la empresa y el trabajador y debe contener los respectivos documentos adjuntos. De esto dependerá la efectiva afiliación de sus trabajadores y personas a cargo.

### EN CASO DE TRASLADO DE EMPRESA O ACTUALIZACIÓN DE PERSONAS A CARGO, ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

- En Confa el Certificado de Escolaridad, para colegios se debe actualizar así:
  - **Para colegios calendario A:** Presentar certificado escolar a comienzo de cada año y es válido de marzo a marzo del siguiente año.
  - **Para colegios calendario B o certificados escolares de otros países:** Presentar certificado escolar hacia mitad de cada año y es válido de agosto a agosto del siguiente año
  - **Para universidades o centros educativos por semestres:** los certificados escolares son válidos semestralmente.
  - **Primer semestre:** Presentar certificado a comienzos de año para el primer semestre y sirve de enero 1 a junio 30 de cada año.
  - **Segundo semestre:** Presentar certificado a mitad de año para el segundo semestre y sirve de julio 1 a diciembre 30 de cada año
  - **Para cursos varios de educación formal:** serán válidos por el tiempo que estipule el certificado y se debe volver a actualizar
- En todos los casos debe anexar la fotocopia de la cédula del trabajador ampliada al 150%.
- Si el trabajador tiene nuevas personas a cargo, es necesario que se anexas los documentos de estas personas.
- Si entre la fecha de retiro y la nueva afiliación a Confa del trabajador, las personas a cargo han cambiado de documento de identidad (registro civil a tarjeta de identidad o tarjeta de identidad a cédula) anexar fotocopia de éste ampliada al 150%.

### EN CASO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

#### • TRABAJADOR

- Fotocopia legible de la cédula del trabajador al 150%

#### • CÓNYUGUE

- Si el trabajador tiene varios grupos familiares (hijos con más de una persona) es necesario diligenciar un formulario para cada grupo familiar.

- Fotocopia legible de la cédula del trabajador y el cónyuge ampliadas al 150%
- Si el trabajador es casado, debe adjuntar el Registro civil del matrimonio.
- Si el trabajador es separado, para afiliarse al cónyuge actual o compañero (a) permanente, debe adjuntar documento donde conste la disolución y liquidación de la sociedad conyugal anterior.
- Si el trabajador es soltero y quiere afiliarse al compañero (a) permanente, debe diligenciar la declaración de Convivencia y Dependencia Económica para afiliación del compañero (a) permanente y/o el (los) hijastro (s) que se encuentra al respaldo de esta hoja, donde conste que ya no conviven.
- Si el trabajador vivía en unión libre, para afiliarse al compañero (a) actual, debe diligenciar la declaración de Terminación de la Unión Marital de hecho para compañero (a) permanente, que se encuentra al respaldo de esta hoja, donde conste que ya no conviven.

#### DOCUMENTOS GENERALES

#### • HIJOS • HIJOS ADOPTIVOS • HIJASTROS • HERMANOS HUÉRFANOS DE • PADRE Y MADRE

- Fotocopia legible de la cédula del trabajador y el cónyuge ampliada al 150%.
- Fotocopia legible del Registro Civil de nacimiento con el nombre de los padres.
- Fotocopia legible de la tarjeta de identidad (a partir de los (7) años ampliada al 150%
- Fotocopia legible de la cédula de los hijos (a partir de los dieciocho (18) años) ampliada al 150%.
- Desde los (12) años y hasta los dieciocho (18) años, certificado de estudio aprobado, con resolución del Ministerio de Educación Nacional. Es válido presentar fotocopia de la libreta de calificaciones o fotocopia de recibo de pago de pensión con el nombre del estudiante o Certificado de la Institución Educativa con una vigencia no superior a los dos (2) meses.

#### • HIJASTROS

- Para que el trabajador pueda recibir subsidio por el (los) hijastros (s), el padre biológico no puede recibir subsidio por el (los) mismo (s).

#### Además de los documentos generales

- Si existe matrimonio, fotocopia del certificado del mismo.
- Si fuera Unión Libre, se debe diligenciar la declaración de Convivencia y Dependencia Económica para afiliación del compañero (a) permanente y/o el (los) hijastros (s) que se encuentra al respaldo de esta hoja, demostrando la existencia de la sociedad marital de hecho como mínimo de un (1) año y demostrando que el trabajador se hace cargo de la manutención del (de los) hijastros (s) y convive (n) con él.
- Si el trabajador ha tenido una sociedad conyugal anterior, debe anexar documentos donde conste que ha disuelto o liquidado dicha sociedad.
- Si un trabajador desea afiliarse a su (s) hijastro (s), debe adjuntar la custodia (expedida por el ICBF o Juzgado de Familia) del (de los) menor (es) a cargo de su cónyuge o compañero (a) permanente.

#### • HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE

#### Además de los documentos generales

- Fotocopia legible de la partida de defunción del padre y la madre del trabajador.
- Fotocopia legible del Registro civil del trabajador con el nombre de los padres.
- Diligenciar la declaración de Convivencia y Dependencia Económica para afiliación de hermano (s) huérfano (s) de padre y madre que se encuentra al respaldo de esta hoja.

#### • PADRES DEL TRABAJADOR MAYORES DE SESENTA (60) AÑOS

- Se pueden afiliarse al padre y a la madre siempre y cuando ninguno de los dos (2) reciba pensión, renta o salario

#### Además de los documentos generales

- Certificado de la EPS en el cual esté afiliado el padre mayor de sesenta (60) años que se va a afiliarse, indicando el tipo de cotizante.
- Fotocopia legible de la cédula del trabajador ampliada al 150%.
- Fotocopia legible del Registro Civil de nacimiento con el nombre de sus padres.
- Fotocopia legible de las cédulas de los padres ampliadas al 150%.
- Diligenciar la Declaración informando que no reciben pensión - salario y/o renta para afiliación de los padres del trabajador, documento que se encuentra al respaldo de esta hoja.

NOTA: Si los padres del trabajador se encuentran separados o divorciados, deberán adjuntar en caso de unión libre. Acta de Disolución Conyugal y en caso de matrimonio deberán adjuntar Disolución Matrimonial a fin de que el subsidio les llegue por separado a cada padre

#### • DISCAPACIDAD DE LOS HIJOS, PADRES, HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE

recibirán cuota doble del subsidio sin límite de edad.

- Las personas en situación de discapacidad deben anexar certificación expedida por un médico de la EPS, donde conste la capacidad física disminuida que le impida trabajar, indicando tipo de discapacidad, más no el porcentaje. O anexar certificado de Junta de calificación de invalidez, si lo tiene.

Si es el caso marcar en la parte 4 de la primera hoja del presente formulario la casilla de discapacidad.

## DECLARACIÓN DE LA TERMINACIÓN DE LA UNIÓN MARITAL DE HECHO - (COMPAÑERO (A) PERMANENTE)

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Departamento de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_  
yo \_\_\_\_\_ (Nombres y apellidos)  
Identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ ; declaro que **NO** convivo  
En unión libre ni bajo el mismo techo con \_\_\_\_\_ (Nombres y apellidos)  
Identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos  
suministrados por Mí en esta declaración son ciertos

## DECLARACIÓN DE CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA PARA LA AFILIACIÓN DEL COMPAÑERO (A) PERMANENTE Y/O LOS HIJASTROS

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Departamento de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_  
yo \_\_\_\_\_ (Nombres y apellidos)  
Identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ ; declaro bajo la gravedad  
de juramento que se entiende con la firma de este documento  
1. Declaro que vivo en unión libre y bajo el mismo techo desde hace \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses, con \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ quien se identifica con cédula No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
2. Declaro que convivo con las personas relacionadas en este formulario y que ellas dependen económicamente de Mí, no laboran ni reciben pensión o renta  
alguna.

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos  
suministrados por Mí en esta declaración son ciertos

\_\_\_\_\_  
Firma de (de la) compañero (a) permanente

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos  
suministrados por Mí en esta declaración son ciertos

## DECLARACIÓN DE CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA PARA LA AFILIACIÓN DE LOS HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Departamento de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_  
yo \_\_\_\_\_ (Nombres y apellidos)  
Identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ ; declaro bajo la gravedad  
de juramento que se entiende con la firma de este documento  
1. Declaro que convivo con mi(s) hermano (s) huérfano (s) de padre y madre relacionados (s) en este formulario y que él (ellos)  
depende (n) económicamente de Mí  
2. Declaro que el (ellos) hermano(s) que voy a afiliar en este formulario no reciben salario, pensión o renta alguna.

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos  
suministrados por Mí en esta declaración son ciertos

## DECLARACIÓN INFORMANDO QUE NO RECIBEN PENSIÓN - SALARIO Y/O RENTA Y QUE NO ESTÁN AFILIADOS A OTRA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR PARA AFILIACIÓN DE LOS PADRES DEL TRABAJADOR

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Departamento de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_  
Los abajo firmante declaramos bajo la gravedad de juramento que se entiende con la firma de este documento:  
1. Yo \_\_\_\_\_ (**Trabajador**) identificado con cédula No. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ declaro que ni mi padre, ni mi madre reciben salario, pensión o renta alguna y no están afiliados a otra Caja de Compensación  
Familiar.  
2. Yo \_\_\_\_\_ (**padre**) identificado con cédula No. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ declaro que no recibo salario, pensión o renta alguna y no estoy afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.  
2. Yo \_\_\_\_\_ (**madre**) identificado con cédula No. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ declaro que no recibo salario, pensión o renta alguna y no estoy afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos  
suministrados por Mí en esta declaración son ciertos

\_\_\_\_\_  
Padre del trabajador

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos  
suministrados por Mí en esta declaración son ciertos

\_\_\_\_\_  
Madre del trabajador

Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos  
suministrados por Mí en esta declaración son ciertos

### Ley 1474 de 2011

#### Artículo 36. fraude de subvenciones

EL que obtenga una subvención, ayuda o subsidio proveniente de recursos públicos mediante engaño sobre las condiciones requeridas para su concesión o callando total o parcialmente la verdad, incurrirá en prisión de cinco (5) a nueve (9) años, multa de doscientos (200) a mil (1.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes e inhabilitan para el ejercicio de derechos y funciones públicas de seis (6) a doce (12) años.