

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

**PARTE 1** Tipo de novedad (ver en hoja adjunta: tipo de novedad)

Afiliación del trabajador  Actualización de personas a cargo

**PARTE 2** Datos de la empresa

Nombre o razón social de la empresa Teléfono Código Confa Sucursal Nit. o cédula de la empresa

Correo electrónico

**PARTE 2A** DATOS DEL TRABAJADOR

N° identificación del trabajador 1er. Apellido 2do. Apellido Nombre (s) Género

Fecha expedición del documento Fem.  Mas.

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

**PARTE 2B** Diligenciar en caso que el trabajador labore en otra empresa simultáneamente

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**

**PARTE 3** Datos del trabajador

Dirección del trabajador Barrio Ciudad

Fecha de nacimiento Soltero  Casado  Viudo  Separado  Unión libre  Teléfono

Año Mes Día Madre cabeza de familia  Persona en condición de discapacidad

**PARTE 3A** Datos del cónyuge o compañero(a) permanente

**En el caso que el trabajador sea separado, para afiliar 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  No  Fem.  Mas.

Año Mes Día Ciudad donde recibe el subsidio Fecha de nacimiento Año Mes Día

Nombre de la empresa para la cual trabaja Nit. o cédula de la empresa Salario fijo o promedio mensual

**PARTE 4** Datos de las personas a cargo del trabajador

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

- Si omite relacionar los beneficiarios de su grupo familiar no tendrá derecho ni a los servicios ni al subsidio.
- Si en la parte 1 tipo de novedad señaló únicamente actualización-adición de personas a cargo, diligencie solo los datos de esas personas (en este caso no es necesario relacionar los beneficiarios ya afiliados).

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre(s)	Parentesco							Nivel educativo	Información de identidad	
			Masculino	Femenino	Padres	Hermanos	Hijos	Hijastrós	Discapacidad		N° de documento de identidad	Tipo

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

**PARTE 4A** Datos del padre o madre biológica de los hijos del trabajador

**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  No  Fem.  Mas.

Año Mes Día Fecha de nacimiento Año Mes Día

Nombre de la empresa en la cual trabaja Nit. o cédula de la empresa Salario fijo o promedio mensual

**PARTE 5. Aviso de privacidad y autorización para el tratamiento y uso de datos**

Con la firma del presente documento en calidad de representante legal de quienes que se enuncian en el presente formulario de afiliación (aplica cuando se va a autorizar datos de menores), manifiesto que autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a la Caja de Compensación Familiar de Caldas, Confa para que trate los datos personales o sensibles que llegase a recolectar, para procesarla, recolectarla, almacenarla, usarla, circularla, suprimirla, compartirla, actualizarla, transmitirla y transferirla de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de tratamiento vigentes (www.confa.co), con el fin de hacer posible la presentación de los servicios propios, reportes a autoridades de control y vigilancia y para uso de fines administrativo, comercial, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos.

Como titulares de la información tienen derecho a consultar, conocer, actualizar y rectificar los datos personales, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos en el momento que los solicite, presentar quejas, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos, a través de las líneas de atención 8783111 ext 2790 o al correo proteccion.datos@confa.co

En mi calidad de adquirente de los bienes y/o servicios proporcionados por la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS - CONFA, voluntariamente manifiesto que, acepto recibir las facturas electrónicas que sean emitidas a mi nombre, a través del correo electrónico o del acceso a la plataforma puesta a disposición por la corporación para tal efecto.

Conozco que como titular de datos sensibles no estoy obligado a autorizar el tratamiento.

**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

## CALIDAD DE TRABAJADOR BENEFICIARIO

- ÿ Tienen derecho al Subsidio Familiar en Dinero, Especie y/o Servicios, los trabajadores cuya remuneración mensual, fija o variable no sobrepasa los cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMMLV) y 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 (SMMLV).
- ÿ Cuando ambos cónyuges laboran y su remuneración es inferior a cuatro (4) (SMMLV), ambos tienen derecho a recibir Subsidio por sus hijos. Cuando la sumatoria de las remuneraciones es superior a cuatro (4) (SMMLV) e inferior a seis (6) (SMMLV), solo recibirá Subsidio por los hijos uno de los trabajadores. En caso en que la sumatoria de las remuneraciones sea superior a seis (6) (SMMLV), no tienen derecho ninguno de los trabajadores a recibir Subsidio Familiar en dinero por los hijos.
- ÿ Cuando el trabajador preste sus servicios a más de un empleador, se tendrá en cuenta para efectos del cómputo de horas mensuales el tiempo laborado para todos ellos y la sumatoria de sus remuneraciones para la categoría del carné y por ende las tarifas para acceder a servicios sociales.

## CALIDAD DE PERSONA A CARGO O BENEFICIARIA

Darán derecho a Subsidio Familiar en Dinero, Especie y/o Servicios, los trabajadores beneficiarios que a continuación se enumeran:

1. Los hijos que no sobrepasen la edad de 18 años, legítimos, naturales, adoptivos y los hijastros. Después de los 12 años se debe presentar certificado de escolaridad emitido por establecimiento educativo para educación formal, debidamente aprobado y con resolución del Ministerio de Educación Nacional.
2. Los hermanos que no sobrepasen la edad de 18 años, huérfanos de padres y que convivan y dependan económicamente del trabajador y que cumplan con el Certificado de Escolaridad del numeral 1.
3. Los padres del trabajador beneficiario mayores de (60) años, siempre y cuando ninguno de los dos reciba salario, renta o pensión alguna y que dependan económicamente del trabajador. No podrán cobrar simultáneamente este Subsidio por más de uno de los hijos trabajadores.
4. Los padres, los hermanos huérfanos de padres y los hijos que sean inválidos o de capacidad física disminuida que les impida trabajar, causarán doble cuota de Subsidio Familiar sin limitación en razón de su edad. El trabajador beneficiario deberá demostrar que las personas se encuentran a su cargo y conviven con él.
5. Los padres biológicos del menor que en el Registro Civil aún aparezcan con tarjeta de identidad y ya sean mayores de edad, deben actualizar y presentar fotocopia legible de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

## AUXILIOS POR DEFUNCIÓN

1. En caso de muerte de una persona a cargo por la cual el trabajador estuviese recibiendo Subsidio Familiar, se pagará un Subsidio Extraordinario por el mes en que este ocurra, equivalente a doce (12) mensualidades del Subsidio en Dinero que viniera recibiendo por el fallecido.
2. En caso de muerte de un trabajador beneficiario, el empleador dará aviso inmediato del hecho a la Caja de Compensación Familiar a la que estuviese afiliado, y esta continuará pagando durante doce (12) meses el monto del subsidio a la persona que acredite haberse responsabilizado de la guarda, sostenimiento o cuidado de las personas a cargo del fallecido.

## OBSERVACIONES

**SEÑOR TRABAJADOR:** Al respaldo del formulario de afiliación de trabajadores y personas a cargo, encontrará las declaraciones extra juicio, diligenciadas 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.

### 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 anexasen 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 y el conyuge ampliados 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.

- Si el trabajador es casado, debe adjuntar el Registro civil del matrimonio.
- Si el trabajador es separado, para afiliar 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 afiliar 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 afiliar 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 Tarjeta de Identidad (a partir de los dieciocho (18) años) ampliado 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 afiliar 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 afiliar 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 afiliar, indicando el tipo de cotizante.
- Fotocopia legible de la cédula del trabajador y el cónyuge 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, deben adjuntar Disolución Matrimonial, a fin de que el subsidio le 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 impida trabajar y que es permanente, indicando tipo de discapacidad, más no así, respecto del porcentaje.

Ley 1474 de 2011

Artículo 26. 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 inhabilidad para el ejercicio de derechos y funciones públicas de seis (6) a doce (12) años.

**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 apellidos), identificado(a) con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_; declaro que no convivo en unión libre ni bajo el mismo techo con \_\_\_\_\_ (Nombre apellidos), Identificado (a) con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ 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 AFILIACIÓN DEL COMPAÑERO(A) PERMANENTE Y/O LOS HIJASTROS**

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Departamento de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Yo \_\_\_\_\_ (nombres y apellidos) identificado(a) con la cédula 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 la cédula No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_
2. Declaro que convivo con las personas relacionadas en este formulario y que ellas dependen económicamente de Mí

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador  
Bajo la gravedad de juramento declaro que todos los datos suministrados por Mí, en esta declaración son ciertos

\_\_\_\_\_  
Firma del 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 AFILIACIÓN DE LOS HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE**

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Departamento de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Yo \_\_\_\_\_ (nombres y apellidos) identificado con la cédula No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_; declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende con la firma de este documento:

1. Declaro que convivo con mis hermanos huérfanos de padre y madre relacionados en este formulario y que ellos dependen económicamente de Mí
2. Declaro que al (los) 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 PARA AFILIACIÓN DE LOS PADRES DEL TRABAJADOR**

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Departamento de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, los abajo firmantes declaramos bajo la gravedad de juramento que se entiende con la firma de este documento:

1. Yo \_\_\_\_\_ (trabajador) identificado con la cédula No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ declaro que ni mi padre, ni mi madre reciben salario, pensión o renta alguna.
2. Yo \_\_\_\_\_ (padre) identificado con la cédula No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ declaro que no recibo salario, pensión o renta alguna.
3. Yo \_\_\_\_\_ (madre) identificada con la cédula No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ declaro que no recibo 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

\_\_\_\_\_  
Madre 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

Firma de la Empresa \_\_\_\_\_

\* Ningún empleador «PERSONA NATURAL « puede afiliar a su cónyuge o compañero(a) permanente como empleado(a) suyo.