



INSCRIPCIÓN TRABAJADOR

CÓDIGO SUCURSAL				No. RADICACIÓN											

DATOS DEL EMPLEADOR

TIPO Y		No. IDENTIFICACIÓN										D.V.	

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

DATOS DEL TRABAJADOR

												D D M M A A A A			M F																															
TIPO Y		No. IDENTIFICACIÓN										PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		ESTADO CIVIL																	
		DIRECCIÓN RESIDENCIA			CIUDAD			TELÉFONO FIJO			TELÉFONO CELULAR			CORREO ELECTRÓNICO			TIPO DE CONTRATO			D D M M A A A A			FECHA INICIO CONTRATO																							
HORAS CONTRATADAS		DIARIAS		TOTAL MES		TIPO DE SALARIO			SUELDO BÁSICO			COMISIONES			TOTAL SUELDO MENSUAL			SITIO DONDE REALIZARÁ SUS ACTIVIDADES			ACTIVIDAD O CARGO																									
TRABAJADOR DEL SECTOR AGROPECUARIO		SI NO		TRABAJA EN OTRA EMPRESA		SI NO														TIPO Y			No. IDENTIFICACIÓN EMPRESA										D.V.		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL											
		HORAS AL MES			SUELDO BÁSICO			COMISIONES			TOTAL SUELDO MENSUAL			ESPACIO RESERVADO PARA CAFAM			APROBADO SI NO		CAUSALES DE DESAPROBACIÓN (VER ANEXO)																											

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

												D D M M A A A A																														
TIPO Y		No. IDENTIFICACIÓN										PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			FECHA DE NACIMIENTO			OCUPACIÓN															
		No. IDENTIFICACIÓN EMPRESA O ENTIDAD										D.V.		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DONDE LABORA, PRESTA SUS SERVICIOS O ENTIDAD PAGADORA										TOTAL INGRESO MENSUAL			SI NO		RECIBE SUBSIDIO POR LOS MISMOS HIJOS		SI NO		ESPACIO RESERVADO PARA CAFAM		SI NO		APROBADO			CAUSALES DE DESAPROBACIÓN (VER ANEXO)		

DATOS DE PERSONAS A CARGO

TIPO	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE(S) COMPLETO(S) DE LAS PERSONAS A CARGO	SEXO M/F	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO				CON DISCAPACIDAD	ESPACIO RESERVADO PARA CAFAM	
					HIJO	HIJASTRO	PADRE	HERMANO		APROBADO	CAUSALES DE DESAPROBACIÓN (VER ANEXO)
		PRIMER APELLIDO , SEGUNDO APELLIDO , PRIMER NOMBRE , SEGUNDO NOMBRE		D D M M A A A A	1	2	3	4	SERVICIOS	SUBSIDIO	
				D D M M A A A A							
				D D M M A A A A							
				D D M M A A A A							

SI ALGUNO DE LOS HIJOS NO ES DE (LA)(EL) CÓNYUGE REGISTRAD(O)(A) DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS DE LA MADRE/PADRE BIOLÓGICO

TIPO Y		No. IDENTIFICACIÓN										D.V.	
		PRIMER APELLIDO , SEGUNDO APELLIDO , PRIMER NOMBRE , SEGUNDO NOMBRE											

OBSERVACIONES

DECLARACIÓN JURADA

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información registrada en este formulario ha sido examinada por mi y que contiene una verdadera y completa relación de los hijos, cónyuge o compañero(a), padres o hermanos.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES:

Autorizo en los términos de la Ley 1581 de 2012 de manera libre, previa y voluntaria a la Caja de Compensación Familiar Cafam, para el tratamiento de mis datos personales y los de mi grupo familiar suministrados a través de este formulario, como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión, para las finalidades mencionadas en las **POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE CAFAM** (Norma Corporativa DA009 de 2013) que me permitan recibir información sobre los Servicios Sociales y Programas de Cafam y sus empresas aliadas.

La información suministrada está sujeta a verificación y todos los documentos quedan como soporte en Cafam.

FIRMA DEL TRABAJADOR										No. DE IDENTIFICACIÓN										DE		FIRMA DE LA EMPRESA										D D M M A A A A			FECHA		
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--	--	-------	--	--

ESPACIO RESERVADO PARA CAFAM

- REGISTRO DOCUMENTOS**
- CERTIFICACIÓN INGRESOS CÓNYUGE Y/O TRABAJADOR
 - CERTIFICACIÓN DE INVALIDEZ O DE CAPACIDAD FÍSICA DISMINUIDA QUE LE IMPIDA TRABAJAR EXPEDIDO POR MEDICINA LABORAL DE LA ENTIDAD DE SALUD.
 - FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA
 - REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
 - REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN
 - FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
 - CERTIFICADO ESCOLAR - CERTIFICACIÓN EPS
 - CUSTODIA LEGAL - OTROS

SELO REVISADO

SELO GRABADO

CAUSALES DE DESAPROBACIÓN

Una vez efectuada la revisión del formulario del (la) señor(a) _____ Con documento de identificación N° _____ nos permitimos informar:

- A. Afiliación aprobada ÚNICAMENTE para servicios.** Para Subsidio Familiar en dinero diligenciar nuevo formulario anexando los documentos ya presentados y teniendo en cuenta los siguientes requisitos: **Ver numerales.**
- B. Afiliación aprobada ÚNICAMENTE para servicios.** No tiene derecho a Subsidio Familiar en dinero por la (s) siguiente(s) causa(s): **Ver numerales.**
- C. La afiliación NO fue aprobada para Subsidio Monetario, NI para Servicios.** Remitir nuevamente el mismo formulario, anexando los documentos ya presentados y teniendo en cuenta los siguientes requisitos: **Ver numerales.**
- D. NO tiene derecho a la afiliación.** Por la(s) causa (s) indicada(s) a continuación: **Ver numerales.**
- E. La información de _____ no se registró.** Diligenciar nuevo formulario anexando los documentos ya presentados y teniendo en cuenta los siguientes requisitos: **Ver numerales.**

DATOS Y/O DOCUMENTOS PENDIENTES

EMPLEADOR

1. Tipo y/o número de identificación y/o dígito de verificación
2. Nombre o Razón social
3. Código de sucursal
4. Firma de la empresa
5. Empresa: Retirada No afiliada

TRABAJADOR

6. Tipo y/o Número de identificación y/o fotocopia del documento (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Tarjeta de Identidad o Carné Diplomático)
7. Fecha de nacimiento.
8. Estado civil
9. Fecha de inicio contrato
10. Horas laboradas: diarias _____ mes
11. Tipo de salario
12. Sueldo básico mensual
13. Comisiones
14. Sitio donde realizará actividades
15. Actividad o cargo
16. Firma y Cédula del trabajador
17. Datos completos de la empresa simultánea y certificación de la misma, indicando: Razón Social, Nit, horas contratadas al mes, sueldo y los nombres de las personas a cargo que reciben Subsidio Familiar o aclaración sobre no recibo de esta prestación. Con fecha de expedición inferior a 60 días.
18. En su condición de propietario no tiene derecho a la afiliación. Artículo 22 Código Sustantivo de Trabajo.
19. En su condición de cónyuge o compañero del empleador no tiene derecho a la afiliación.
20. En su condición de empresario de Empresa Unipersonal no tiene derecho a la afiliación. Artículo 75 Ley 222 de 1995.
21. El salario reportado es inferior al mínimo legal vigente, de acuerdo con las horas reportadas.
22. El trabajador labora fuera del Departamento de Cundinamarca. Art.15 de la Ley 21 de 1982.
23. El padre o madre recibe subsidio y la suma de los dos salarios supera los 4 S.M.L.M.V. (Salario Mínimo Legal Mensual Vigente).

DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)

24. Tipo y/o Número de identificación y/o fotocopia del documento (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Tarjeta de Identidad o pasaporte).
25. Fecha de nacimiento.
26. Ocupación: registre una de las siguientes: Empleado, Hogar, Independiente, Pensionado o Desempleado.
27. Datos completos de la empresa donde labora: tipo y/o número Identificación y/o dígito de verificación, nombre o razón social.

28. Sueldo básico y/o comisiones.
29. Certificación de ingresos del cónyuge o compañero (a) con fecha de expedición inferior a 60 días:
- **Trabajador dependiente:** certificación laboral indicando Nit, razón social del empleador, sueldo y nombre de las personas a cargo por las cuales recibe Subsidio familiar o aclaración sobre el no recibo de esta prestación.
- **Independiente:** copia legible y de buena calidad del recibo de pago a la seguridad social del último mes donde se registre su ingreso o certificación de ingresos.
- **Pensionado:** copia legible y de buena calidad del comprobante de pago de la mesada pensional del último mes.
30. El cónyuge o compañero(a) figura laborando en _____. Para registrar la información es necesario anexar certificación con las especificaciones dadas en el numeral 17, si aún labora en esta empresa, o si es retirado adjunte copia de la liquidación del contrato.
31. El estado civil reportado es diferente a casado o unión libre.

DE LAS PERSONAS A CARGO

32. Tipo y/o Número de identificación y/o fotocopia del documento de identificación (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Tarjeta de Identidad, Pasaporte o Registro Civil) de _____
33. Fecha de nacimiento
34. Parentesco
35. Fotocopia del Registro Civil de Nacimiento con datos de parentesco de la persona a cargo _____
36. Fotocopia del Registro Civil de Nacimiento con datos de parentesco del trabajador.
37. Certificado escolar del presente año, ciclo o semestre en curso de _____
38. Certificación de invalidez o de capacidad física disminuida que le impida trabajar, expedido por la Junta Regional de calificación de invalidez o la Entidad de Salud de la persona cargo _____
39. Fotocopia Registro notarial de defunción de _____
40. Certificación de la E.P.S a la cual se encuentra afiliada la persona a cargo _____ indicando el nombre del cotizante con fecha de expedición inferior a sesenta (60) días. No es válido el carné. Para hijastros no es válido el SISBEN, para padres no es válido puntaje de SISBEN.

41. Formato Declaración juramentada completamente diligenciado (entregado por Cafam o descargado de la Web Cafam) con fecha de elaboración inferior a 60 días y firma original.
42. Fotocopia Custodia Legal emitido por entidad competente.
43. La persona a cargo _____ es mayor de: 18 años 23 años y no presenta discapacidad.
44. La persona a cargo _____ es menor de 60 años y no presenta discapacidad.
45. La persona a cargo _____ no cumple con requisitos Legales de parentesco.
46. La persona a cargo "Hermano" _____ no es huérfano de padre y madre.
47. El padre _____ y/o madre _____ es pensionado, empleado o independiente.
48. La persona a cargo _____ figura como: Titular Beneficiario
49. La persona a cargo _____ figura para: Servicios Subsidio Monetario
50. El documento _____ de _____ presenta enmendaduras, no es legible o de buena calidad
51. Observaciones _____