



## 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO CAFAM