



FORMULARIO INSCRIPCION O NOVEDADES DE TRABAJADORES

VERSION:3

FECHA: 01/07/2014

NOVEDADES

NIVEL DEPARTAMENTAL

PAGINA 1 DE 2

DILIGENCIE EN LETRA IMPRENTA O MAQUINA

CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL

No. DE RADICACIÓN O SELLO

FECHA DE RECIBIDO

Grid for date: DIA, MES, AÑO

VIGILADO SuperSubsidio

RECIBIDO POR :

I. EMPLEADOR

Form I. EMPLEADOR: 1. FECHA DILIGENCIAMIENTO, 2. NOVEDAD, 3. NOMBRE O RAZON SOCIAL, 4. NIT. o C.C., TELEFONO, DIRECCION, E-MAIL

II. TRABAJADOR

Form II. TRABAJADOR: 5. MUNICIPIO, 6. DEPARTAMENTO, 7. PRIMER APELLIDO, 8. SEGUNDO APELLIDO, 9. NOMBRE (S), 10. NUMERO C.C, 11. FECHA DE NACIMIENTO, 12. SEXO, 13. ESTADO CIVIL, 14. CONTRATO, 15. FECHA INGRESO, 16. FECHA TERMINACION, 17. DIRECCION RESIDENCIA, 18. TELEFONOS, 19. ESCOLARIDAD, 20. E.P.S. DONDE ESTA AFILIADO, 21. SALARIO MENSUAL, 22. HORAS LABORADAS AL MES, 23. email del trabajador, 24. EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE, 25. SALARIO, 26. NOMBRE DEL PATRON O EMPRESA, 27. C.C. O NIT, 27.A. ES MADRE COMUNITAFSI

III. EMPLEADORES SERVICIO DOMESTICO

Form III. EMPLEADORES SERVICIO DOMESTICO: 28. NOMBRE O RAZON SOCIAL, 29. NIT. o C.C., 30. HORAS LABORADAS MES, 31. DIAS LABORADOS MES, 32. SALARIO DEVENGADO, 33. NOMBRE O RAZON SOCIAL, 34. NIT. o C.C., 35. HORAS LABORADAS MES, 36. DIAS LABORADOS MES, 37. SALARIO DEVENGADO, 38. NOMBRE O RAZON SOCIAL, 39. NIT. o C.C., 40. HORAS LABORADAS MES, 41. DIAS LABORADOS MES, 42. SALARIO DEVENGADO

IV. CONYUGE O COMPANERA (O)

Form IV. CONYUGE O COMPANERA (O): 43. PRIMER APELLIDO, 44. SEGUNDO APELLIDO, 45. NOMBRE (S), 46. NUMERO C.C, 47. FECHA DE NACIMIENTO, 48. SEXO, 49. DIRECCION RESIDENCIA, 50. TELEFONO, 51. TRABAJA, 52. Recibe Subsidio Familiar, 53. NOMBRE DE LA EMPRESA, 54. SALARIO MENSUAL

V. INFORMACION DE HIJOS Y DE OTRAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR

Table V. INFORMACION DE HIJOS Y DE OTRAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR with columns for No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE (S), Tipo de Novedad, SEXO, PARENTESCO, NACIMIENTO, CERTIFICADO, CODIGO SISTEMA SISU

(1 *) INDIQUE EL TIPO DE NOVEDAD CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: IN (INGRESO) - RE (RETIRO) - MU (MUERTE) - IC (INCAPACIDAD) - MA (MATERNIDAD) LN (LICENCIA NO REMUNERADA) - SU (SUSPENSION) - VA (VACACIONES)

OBSERVACIONES: DILIGENCIE EL FORMULARIO EN ORIGINAL Y COPIA POR CADA GRUPO FAMILIAR DEL TRABAJADOR AFILIADO - RADIQUE LA COPIA

En mi calidad de trabajador afiliado autorizo de manera expresa a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos de afiliados en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales de" y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales.

VI. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR

62. Cuenta No.: A, C, 63. Banco:, 64. Ciudad:, 65. CTA TRAB, o CTA CONY

CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR "COMCAJA" EN CUALQUIER MOMENTO

66. FIRMA TRABAJADOR

67. FIRMA EMPLEADOR

VII. ESPACIO PARA COMCAJA

68. RECIBIDO EN LA DEPARTAMENTAL, 69. REVISADO EN LA DEPARTAMENTAL, 70. DIGITADO POR, 71. REVISADO POR, 72. APROBADO POR

Espacio para diligenciar por COMCAJA, sobre Observaciones y documentación pendiente por parte del Trabajador, para acceder a cobro de cuota monetaria:

		FORMULARIO INSCRIPCIÓN O NOVEDADES DE TRABAJADORES	VERSION: 3 FECHA: 01/07/2014 PAGINA 2 DE 2
NIVEL DEPARTAMENTAL		INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO	
INSTRUCTIVO		DOCUMENTOS REQUERIDOS	
I. EMPLEADOR		Anexe los originales o fotocopias de los documentos requeridos por asunto y entreguelos directamente o a través de su empleador para que este los haga a la correspondiente oficina Departamental de la Caja de Compensación Familiar Campesina COMCAJA. Solicite constancia de radicación.	
1	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: Fecha en la que el trabajador diligencio el formulario.	I. TRABAJADOR SOLTERO Formulario de afiliación. Documento de identificación del trabajador	
2	NOVEDAD: Marque con una X la novedad que va a reportar (Retiro Trabajador, Inscripción Trabajador, Adición Grupo Familiar, Actualización de Datos)	II. CON CÓNYUGE SIN HIJOS Formulario de afiliación. Documento de identificación del trabajador Documento de identificación del cónyuge	
3	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Escriba el nombre o razón social de la Empresa o Empleador	III. CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN Formulario de afiliación Documento de identificación del trabajador Documento de identificación del cónyuge Constancia Laboral del cónyuge, donde indique salario y si recibe o no subsidio familiar Manifestación del estado civil: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo, Preferiblemente con firma de la madre. Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia. Certificado de estudio para mayores de 12 años. Certificado del médico de la EPS o de cualquier entidad competente donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad: no se debe exigir porcentaje de discapacidad.	
4	NIT O NUMERO DE CEDULA, TELEFONO, DIRECCION EMAIL: De la empresa o empleador	IV. CON CÓNYUGE E HIJASTROS Formulario de afiliación Documento de identificación del trabajador Documento de identificación del cónyuge Constancia Laboral del cónyuge o declaración de dependencia económica de los hijastros: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo. Manifestación de unión libre: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo. Registro civil de nacimiento de los hijastros para acreditar parentesco con el padre aportante, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia. Certificado de estudio a partir de los 12 años. Custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente Certificado del médico de la EPS o de cualquier entidad competente donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad: no se debe exigir porcentaje de discapacidad. Copia de la cédula de ciudadanía de la madre o el padre biológico que no estén recibiendo subsidio familiar: realizar consulta a la Registraduría Nacional del Estado Civil. Dependencia económica: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.	
II. TRABAJADOR		* En caso de custodia compartida, se recuerda que en virtud de lo establecido en el artículo 56 del Decreto Reglamentario 341 de 1988, la convivencia se da en relación con ambos progenitores: por lo tanto, el pago simultáneo del subsidio se calcula con base en los ingresos de los padres biológicos y se debe exigir certificación laboral de la madre o padre biológicos, según sea el caso, sobre ingresos y certificación si recibe o no subsidio por el mismo hijo.	
5	MUNICIPIO: Indique el municipio donde va a laborar el Trabajador	V. TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS Formulario de afiliación Documento de identificación del trabajador Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia. Certificado de estudio a partir de los 12 años. Custodia legal emitida por la correspondiente entidad competente Para hijos con discapacidad: Certificado del médico de la EPS o de cualquier entidad competente donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad: no se debe exigir porcentaje de discapacidad.	
6	DEPARTAMENTO: Indique el Departamento, donde va a laborar el Trabajador	VI. PADRES Formulario de afiliación Documento de identificación del trabajador Documento de identificación del padre o madre Registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco. Fotocopia simple, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, firmado por el trabajador y padres, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo. Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación Declaración de no recibir pensión, salario, ni renta, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.	
7	PRIMER APELLIDO: Primer apellido del Trabajador Afiliado	VII. HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES Formulario de afiliación Documento de identificación del trabajador Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo Registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco: fotocopia simple, sin límite de fecha Registro civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad: fotocopia simple, sin límite de fecha. Registro civil de defunción de los padres: realizar consulta a la Registraduría Nacional del Estado Civil. Certificado de estudio (si el niño es mayor de 12 años). Certificado del médico de la EPS o de cualquier entidad competente donde conste la discapacidad, indicando tipo de discapacidad: no se debe exigir porcentaje de discapacidad.	
8	SEGUNDO APELLIDO : Segundo apellido del Trabajador Afiliado	CASOS ESPECIALES Causaran doble Cuota de Subsidio Familiar los padres, hermanos huérfanos de padres o los hijos que sean inválidos o de capacidad física disminuida que les impida trabajar. Cualquiera de las mencionadas situaciones deben ser demostradas por Certificación de la EPS o Junta Regional de Invalidez el cual indique el grado de discapacidad. Se pagara un subsidio extraordinario en caso de muerte de una persona a cargo por la cual el trabajador estuviera recibiendo Subsidio en el mes que ocurra el fallecimiento. Este subsidio extraordinario será de 12 mensualidades, debe presentar el Registro de Defunción dentro de los 30 días siguientes a la fecha de Defunción Cuando el trabajador beneficiario muera, COMCAJA pagara durante 12 meses el monto del subsidio por las personas a cargo. El empleador dará aviso del evento a la Caja y al empleador, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de defunción. Presentar registro de Defunción. El Subsidio Familiar podrá ser cobrado simultáneamente por los mismos hijos, el padre y la madre cuyas remuneraciones mensuales no excedan los cuatro Salarios Mínimos legales mensuales vigentes (4 SMLMV).	
9	NOMBRES: Nombres del trabajador, cada nombre en cada casilla	DEBE ACTUALIZAR LOS DOCUMENTOS BASICOS CADA AÑO LAS CERTIFICACIONES DE ESTUDIO ESCOLAR DEBEN PRESENTARLAS TODOS LOS AÑOS ANTES DEL 30 DE MARZO. LAS CERTIFICACIONES DE UNIVERSIDAD DEBEN RENOVARSE DOS VECES AL AÑO ANTES DEL 30 DE MARZO Y ANTES DEL 30 DE SEPTIEMBRE,	
10	NUMERO DE CEDULA : Numero de Cedula o cadula de Extranjería o Doc. de Identidad del Trabajador	SEGUN LO PREVISTO EN EL ARTICULO 37 DE LA LEY 21 DE 1982, TODO TRABAJADOR BENEFICIARIO TIENE LA OBLIGACION DE AVISAR A LA CAJA DIRECTAMENTE O POR EL CONDUCTO DEL EMPLEADOR, LOS NACIMIENTOS O MUERTES DE PERSONAS A CARGO, EL TERMINO DE LA CONVIVENCIA Y CUALQUIER OTRO HECHO QUE DETERMINE MODIFICACIONES EN LA CUANTIA DEL SUBSIDIO (DENTRO DEL MES EN QUE CUALQUIERA DE DICHSOS EVENTOS OCURRA)	
11	FECHA DE NACIMIENTO : Fecha de nacimiento del Trabajador	SEÑOR EMPLEADOR CABE RECORDAR QUE LA INEXACTITUD EN LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE FORMATO Y/O OMISION DE REPORTAR LAS NOVEDADES CONSTITUYE CAUSAL DE DESAFILIACION Y DA LUGAR A LA IMPOSICIÓN POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR DE SANCIONES PECUNIARIAS PREVISTAS EN EL ARTICULO 24 NUMERAL 18 LEY 789	
12	SEXO: Marque con una X su Sexo (Genero) M (masculino) o F (Femenino)		
13	ESTADO CIVIL : Marque con una X su estado civil (Soltero, Casado, Separado, Vuado, Unión Marital de Hecho); el mismo debe reflejarse en el FORMATO DECLARACION, si tuviere que presentarla.		
14	CONTRATO: Marque con una X el tipo de contrato del trabajador (Por Tarea, Termino Indefinido, Termino Fijo)		
15	FECHA DE INGRESO: Indique la Fecha de ingreso a la Empresa (Día, Mes, Año)		
16	FECHA DE TERMINACIÓN : Indique la Fecha de terminación del Contrato (Día, Mes, Año)		
17	DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA : Indique la Dirección de la residencia del Trabajador y marque con una X si su residencia es propia o no		
18	TELÉFONOS: Escriba sus números telefónicos.		
19	ESCOLARIDAD: Marque con una X su grado de escolaridad (Ninguna, Primaria, Secundaria, Superior)		
20	EPS DONDE ESTA AFILIADO: Escriba el nombre de la E.P.S. donde se encuentra afiliado		
21	SALARIO MENSUAL : Indique el salario básico mensual que devenga el trabajador.		
22	HORAS LABORADAS AL MES: Escriba el No. De horas laboradas al mes (si es inferior a 240 anexar copia del contrato de trabajo)		
23	E- MAIL: Escriba el Correo Electrónico del Trabajador		
24	EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTÁNEAMENTE: Si trabaja con otra empresa simultáneamente escriba el nombre y salario devengado.		
25	SALARIO MENSUAL: Indique el salario mensual de la empresa en la que trabaja simultáneamente		
26	NOMBRE DEL PATRÓN O EMPRESA: Escriba el nombre del patrón o empresa con quien trabaja simultáneamente.		
27	CC O NIT: Indique el Nit de la empresa con la que trabaja simultáneamente		
27.A	INDIQUE SI ES O NO MADRE COMUNITARIA		
III. EMPLEADORES SERVICIOS DOMESTICOS			
28 33	NOMBRE O RAZON SOCIAL: Escriba el nombre del empleador del servicio domestico con el que labora (Si labora con varios debe inscribir todos los empleadores con los que labora en este mismo formulario)		
29 34	Nit o CC: Escriba el Nit o la cedula del empleador con el que trabaja		
30 35	HORAS LABORADAS MES: Escriba el No de horas que labora al mes con el empleador (si labora con varios debe colocar las horas laboradas con cada empleador)		
31 36	DIAS LABORADOS MES: Escriba el No de dias que labora al mes con el empleador (si labora con varios debe colocar las horas laboradas con cada empleador)		
32 37	SALARIO DEVENGADO: Escriba el Salario devengado al mes con el empleador (si labora con varios debe colocar las horas laboradas con cada empleador)		
IV. CÓNYUGE O COMPAÑERA (O)			
43	PRIMER APELLIDO: Primer apellido del cónyuge o Compañero (a) del Trabajador (a).		
44	SEGUNDO APELLIDO : Segundo apellido del cónyuge o Compañero (a) del Trabajador (a)		
45	NOMBRES: Nombres del cónyuge del Trabajador (a)		
46	NUMERO DE CEDULA : Numero de Cedula o Doc. de Identidad del cónyuge del Trabajador		
47	FECHA DE NACIMIENTO : Fecha de nacimiento del cónyuge del Trabajador		
48	SEXO: Marque con una X el Sexo (Genero) M (masculino) o F (Femenino) del cónyuge del trabajador		
49	DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA : Indique la Dirección de la residencia del cónyuge del Trabajador		
50	TELÉFONOS: Escriba el numero telefónico del cónyuge del trabajador		
51	TRABAJA: Marque con una X si el cónyuge del trabajador labora. Si es independiente o trabaja con una empresa.		
52	RECIBE SUBSIDIO FAMILIAR: Escriba SI o NO si recibe el subsidio monetario por los beneficiarios		
53	NOMBRE DE LA EMPRESA: Escriba el nombre de la empresa en la que trabaja el cónyuge del trabajador		
54	SALARIO MENSUAL: Escriba el salario mensual que devenga el cónyuge del trabajador		
V. INFORMACIÓN DE HIJOS Y OTRA PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR			
55	IDENTIDAD: Escribir Numero de documento de identidad CC CE TI o NIUP, Primer Apellido, segundo Apellido y nombres de las personas a cargo del trabajador. (Hijo Legítimo, Hijastro, Hijo Adoptivo, Hermano Huérfano, Padres, beneficiarios de		
56	TIPO DE NOVEDAD: indique el tipo de novedad con las siguientes siglas: IN (Ingreso), RE (Retiro), MU (Muerte), IC (Incapacidad), MA (Maternidad), LN (Licencia no remunerada), SU (Suspensión), VA (Vacaciones)		
57	SEXO: Indique el sexo (Genero) M (Masculino), F (Femenino), de las personas beneficiarios a cargo del trabajador		
58	PARENTESCO: Marque con una X el parentesco (H Legítimo, Hijastro, H Adoptivo, Hermano Huérfano, Padres)		
59	NACIMIENTO : Escriba la fecha de nacimiento de la persona a cargo del trabajador (día, mes, año.)		
60	CERTIFICADO: Marque con una X el certificado que anexa (Escolaridad Hijos > 12 años, Discapacidad medica, Supervivencia (Padres > de 60 años).		
61	CAMPO UTILIZADO POR COMCAJA PARA COLOCAR EL CODIGO DE BENEFICIARIO QUE ARROJA EL SISTEMA DE INFORMACION SISU		
VI. INFORMACIÓN PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR			
62	CUENTA No. : Escriba el número de cuenta personal o de nomina a nombre del trabajador o cónyuge, para el pago del Subsidio Familiar. Puede ser cuenta de ahorros o corriente		
63	BANCO: Escriba el nombre, cuenta y sucursal, donde se le podrá consignar la cuota de Subsidio Familiar		
64	CIUDAD : Escriba la ciudad donde se realiza el pago de Subsidio Familiar		
65	A QUIEN SE LE CONSIGNA AL TRABAJADOR O A LA CÓNYUGE: Marque con una X a quien va dirigido el pago.		
67	FIRMA EMPLEADOR : Espacio para firma del Empleador		
VII. ESPACIO PARA COMCAJA			
68	RECIBIDO EN LA DEPARTAMENTAL: Escriba la Departamental donde se recibieron los documentos, nombre de la persona que recibió, y fecha de recibido.		
69	REVISADO EN LA DEPARTAMENTAL: Escriba el nombre de la persona que revisó los documentos y fecha de revisión.		
70	DIGITADO POR : Escriba el nombre de la persona que digitó los datos, además la fecha de digitación.		
71	REVISADO POR : Escriba el nombre de la persona que revisó y la fecha de revisión		
72	APROBADO POR: Escriba el nombre de la persona que aprobó y la fecha de aprobación.		