

	FORMULARIO INSCRIPCIÓN O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA										VERSION: 5				
											FECHA: 13/12/2021				
											PAGINA 1 DE 3				
Diligenciar este formulario con letra clara, sin enmendaduras ni tachaduras. Adjuntar los documentos probatorios legibles, sin enmendaduras ni tachaduras. NOTA: si el formulario NO es legible y comprensible no será tramitado.	CODIGO DE LA DEPARTAMENTAL										NUMERO DE READICACION O SELLO				
	FECHA DE RECIBIDO: Día Mes Año														
	FECHA DILIGENCIAMIENTO: Día Mes Año														
	RECIBIDO POR :														
I. DATOS EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA															
NOMBRE O RAZON SOCIAL:										SECTOR: (Marque con una X)					
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:										<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Mixto					
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con una X el tipo de Identificación)										NIT:		CÉDULA DE CIUDADANÍA:			
DIRECCIÓN:				TELÉFONO:				CELULAR:							
CIUDAD:				CORREO ELECTRÓNICO:											
TIPO DE NOVEDAD:		<input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN TRABAJADOR		<input type="checkbox"/> RETIRO TRABAJADOR		<input type="checkbox"/> ADICIÓN DE NÚCLEO		<input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN DE DATOS							
II. TIPO DE AFILIADO (Marque con una X)															
<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE		<input type="checkbox"/> SERVICIO DOMESTICO		<input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE APOORTE 0.6%		<input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE APOORTE 2%		<input type="checkbox"/> PENSIONADO APOORTE 0%							
<input type="checkbox"/> PENSIONADO APOORTE 0.6%		<input type="checkbox"/> PENSIONADO APOORTE 2%		<input type="checkbox"/> RESIDENTE EN EL EXTERIOR				<input type="checkbox"/> OTRO ¿Cuál?							
<input type="checkbox"/> MADRE COMUNITARIA		<input type="checkbox"/> FACULTATIVO		<input type="checkbox"/> FIDELIDAD		<input type="checkbox"/> VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA		<input type="checkbox"/> CONCEJALES							
III. DATOS DEL TRABAJADOR															
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)	<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/> Permiso Especial de Permanencia			<input type="checkbox"/> Pasaporte			NUMERO DE IDENTIFICACIÓN :					
	<input type="checkbox"/> Carné Diplomático			<input type="checkbox"/> NUIP			<input type="checkbox"/> Visa								
	<input type="checkbox"/> Registro Civil			<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			<input type="checkbox"/> Identificación dada por la Secretaría de Educación								
	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/> Certificado Cabildo			<input type="checkbox"/>								
PRIMER NOMBRE:						SEGUNDO NOMBRE:									
PRIMER APELLIDO:						SEGUNDO APELLIDO:									
FECHA NACIMIENTO:			Día	Mes	Año	GÉNERO:		<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Indeterminado	ESTADO CIVIL:				
<input type="checkbox"/> Soltero(a)			<input type="checkbox"/> Separado(a)			<input type="checkbox"/> Viudo(a)			<input type="checkbox"/> Casado(a)			<input type="checkbox"/> Divorciado(a)		<input type="checkbox"/> Unión libre	
PAIS DE NACIMIENTO:				DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO:				MUNICIPIO DE NACIMIENTO:							
PAÍS RESIDENCIA:				DEPARTAMENTO RESIDENCIA:				MUNICIPIO RESIDENCIA:							
ORIENTACIÓN SEXUAL:	<input type="checkbox"/> Heterosexual			<input type="checkbox"/> Homosexual			<input type="checkbox"/> Bisexual			<input type="checkbox"/> Información no disponible					
	<input type="checkbox"/> Afrocolombiano			<input type="checkbox"/> Comunidad negra			<input type="checkbox"/> Indígena			<input type="checkbox"/> Palenquero					
	<input type="checkbox"/> Room/Gitano			<input type="checkbox"/> Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina			<input type="checkbox"/> No se autoreconoce en ninguna								
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					
FACTOR DE VULNERABILIDAD (Marque con una X)															
<input type="checkbox"/> Desplazado		<input type="checkbox"/> Damnificado desastre natural		<input type="checkbox"/> Población zonas frontera		<input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado (No desplazado)									
<input type="checkbox"/> Hijo (as) de madres cabeza de Familia			<input type="checkbox"/> Desmovilizado o reinsertado			<input type="checkbox"/> En condición de discapacidad			<input type="checkbox"/> Población zonas frontera						
<input type="checkbox"/> Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados				<input type="checkbox"/> Ejercicio del trabajo sexual				<input type="checkbox"/> No aplica							
NIVEL DE ESCOLARIDAD (Marque con una X)															
<input type="checkbox"/> Primera Infancia		<input type="checkbox"/> Preescolar		<input type="checkbox"/> Básica		<input type="checkbox"/> Secundaria		<input type="checkbox"/> Media		<input type="checkbox"/> Básica adultos Secundaria adultos					
<input type="checkbox"/> Media adultos		<input type="checkbox"/> Técnico/Tecnológico		<input type="checkbox"/> Profesional Universitario Posgrado Maestría				<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Información no disponible					
INFORMACIÓN DE CONTACTO															
CORREO:						CELULAR:			TELÉFONO:						
DIRECCIÓN:				BARRIO:			VIVIENDA PROPIA		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	ZONA RURAL		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
IV. DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR															
TIPO DE CONTRATO (marque con una X)	<input type="checkbox"/> Indefinido		FECHA INGRESO			FECHA TERMINACION			VALOR SALARIO MES:		PROFESIÓN:		EPS DONDE ESTA AFILIADO:		
	<input type="checkbox"/> Fijo		Día Mes Año			Día Mes Año			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Por tarea		Día Mes Año			Día Mes Año			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
NUMERO DE HORAS LABORADAS AL MES:						Diligencie estos campos únicamente si labora simultáneamente con otra empresa.									
DIRECCIÓN TRABAJO:						EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE:									
BARRIO:			MUNICIPIO:			SALARIO:		CIUDAD:		BARRIO:		TIPO DE DOC	NIT	CC	
DEPARTAMENTO:						HORAS AL MES:		DPTO:		PAÍS:		No:			
V. INFORMACIÓN CONYUGE O COMPANERO (A) PERMANENTE															
PRIMER NOMBRE:						SEGUNDO NOMBRE:									
PRIMER APELLIDO:						SEGUNDO APELLIDO:									
TIPO DE IDENTIFICACION (Marque con X)	<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/> Permiso Especial de Permanencia (P.E.P)			<input type="checkbox"/> Pasaporte			NUMERO DE IDENTIFICACION :					
	<input type="checkbox"/> Carné Diplomático			<input type="checkbox"/> NUIP			<input type="checkbox"/> Visa								
	<input type="checkbox"/> Registro Civil			<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			<input type="checkbox"/> Identificación dada por la Secretaría de Educación								
	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/> Certificado Cabildo			<input type="checkbox"/>								
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA						TELÉFONO O CELULAR									
<input type="checkbox"/> ¿SE ENCUENTRA LABORANDO?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	EMPRESA DONDE TRABAJA:										
<input type="checkbox"/> ¿RECIBE CUOTA MONETARIA?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SALARIO:		CIUDAD:		BARRIO:		TIPO DE DOC	NIT	CC		
NOMBRE DE LA CCF A LA QUE ESTÁ AFILIADO						HORAS AL MES:		DPTO:		PAÍS:		No:			



**FORMULARIO INSCRIPCIÓN O NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES,
PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA**

VERSION: 5

FECHA: 13/12/2021

PAGINA 2 DE 3

VI. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR

(1 *) **INDIQUE EL TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON LAS SIGUIENTES SIGLAS: C.C. (CÉDULA DE CIUDADANÍA) - CE (CÉDULA DE EXTRANJERÍA) - T.I. (TARJETA IDENTIDAD) - R.C. (REGISTRO CIVIL) - NUIP (NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL) - PAST (PASAPORTE) - CD (CARNE DIPLOMATIVO) - PEP (PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA) - ISE IDENTIFICACIÓN DADA POR SECRETARÍA DE EDUCACIÓN - C.CAB (CERTIFICADO DE CABILDO) - VISA (VISA)**

TIPO	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO			FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CELULAR
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				
			M	F	I				

VII. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA

CUENTA PARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No.: _____ BANCO: _____

AHORROS CORRIENTE CIUDAD: _____ CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGE

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

COMCAJA informa al AFILIADO que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de COMCAJA y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de la página Web:

www.comcaja.gov.co

Autorizó a COMCAJA expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada 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, 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" y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales. SI NO

FIRMA TRABAJADOR

FIRMA EMPLEADOR

VIII. ESPACIO PARA COMCAJA

DIGITADO FECHA DE REVISIÓN	REVISADO FECHA DE REVISIÓN	APROBADO		SELLO DIGITALIZADO
		Fecha Aprobación:		
____ ____ ____ DIA MES AÑO	____ ____ ____ DIA MES AÑO	Fecha Aprobación: ____ ____ ____ DIA MES AÑO		

OBSERVACIONES COMCAJA:



**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O NOVEDADES
DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES
PENSIONADOS, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA**

VERSIÓN: 5

FECHA: 13/12/2021

PÁGINA 3 DE 3

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

INSTRUCTIVO	DOCUMENTOS REQUERIDOS
I. EMPLEADOR	
FECHA DILIGENCIAMIENTO: Fecha en la que se diligenció el formulario.	Anexe los originales o fotocopias de los documentos requeridos por asunto y entréguelos directamente o a través de su empleador para que este los haga llegar a la correspondiente oficina Departamental de la Caja de Compensación Familiar Campesina COMCAJA. Solicite constancia de radicación.
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Escriba el nombre o razón social de la Empresa o Empleador o Entidad Pagadora	Trabajador Soltero:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Marque con una X el tipo de identificación que corresponda al Empleador o Entidad pagador	1. Formulario
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: Escriba el número de identificación del Empleador o Entidad pagadora	2. Fotocopia del documento de identificación.
SECTOR: Marque con una X el tipo de sector al cual corresponde la empresa.	Trabajador con Conyugue sin hijos Soltero:
DIRECCIÓN, TELÉFONO, CELULAR, MUNICIPIO, CORREO ELECTRÓNICO: Diligencie estos campos con la información del empleador.	1. Formulario
NOVEDAD: Marque con una X la novedad que va a reportar (Retiro Trabajador, Inscripción Trabajador, Adición Grupo Familiar, Actualización de Datos)	2. Fotocopia del documento de identificación del trabajador y del conyugue o compañero permanente
II. TIPO DE AFILIADO	Trabajador con Conyugue e hijos de la Unión:
Marque con una X el tipo de afiliado que corresponda:	1. Formulario
III DATOS DEL TRABAJADOR	2. Fotocopia del documento de identificación del trabajador y del conyugue o compañero permanente
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Marque con una X el tipo de identificación que corresponda al trabajador	3. Certificado laboral del conyugue o compañero (a) permanente en el cual conste el salario devengado y si recibe o no subsidio familiar y por cual Caja de Compensación Familiar.
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: Escriba el número de identificación del Trabajador	4. Formato de Declaración Juramentada de convivencia y dependencia económica con las personas a cargo. (establecido por Ministerio de Trabajo)
PRIMER NOMBRE/ SEGUNDO NOMBRE/ PRIMER APELLIDO/SEGUNDO APELLIDO: Diligencie estos campos con los datos del trabajador	5. Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco, sin autenticar, legible.
FECHA DE NACIMIENTO: Escriba la fecha de nacimiento del Trabajador	6. Fotocopia del documento de identificación de los hijos (De acuerdo a la edad: Tarjeta de Identidad – Entre 7 y 17 años-; Cédula de Ciudadanía -18 años).
SEXO: Marque con una X su Sexo.	7. Certificado de escolaridad de los hijos mayores de 12 años y hasta los 18 cumplidos, renovable según el ciclo escolar.
ESTADO CIVIL: Marque con una X su estado civil, el mismo debe reflejarse en el FORMATO DECLARACION, si tuviese que presentarla.	Trabajador con Conyugue e hijastros:
PAIS /DEPARTAMENTO/ MUNICIPIO: Indique los datos del país, Departamento y Municipio de nacimiento del trabajador	1. Formulario
PERTENENCIA ÉTNICA: Marque con una X el Grupo étnico al cual pertenece el trabajador	2. Fotocopia del documento de identificación del trabajador y del conyugue o compañero permanente
ORIENTACION SEXUAL: Marque con una X la orientación sexual del trabajador	3. Certificado laboral del conyugue o compañero (a) permanente en el cual conste el salario devengado y si recibe o no subsidio familiar y por cual Caja de Compensación Familiar.
FACTOR DE VULNERABILIDAD: Marque con una X si el trabajador pertenece a alguno de los factores de Vulnerabilidad, si no marque no aplica.	4. Formato de Declaración Juramentada de convivencia y dependencia económica con las personas a cargo. (establecido por Ministerio de Trabajo)
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Marque con una X el nivel de escolaridad del trabajador	5. Registro civil de nacimiento de los hijastros para acreditar parentesco con el padre aportante, sin autenticar, legible.
PAIS RESIDENCIA/ DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA/ MUNICIPIO DE RESIDENCIA / DIRECCION DE RESIDENCIA/ VIENDA PROPIA Diligencie estos campos con los datos donde vive el trabajador , y marque con una x si la vivienda es propia o no	6. Fotocopia del documento de identificación de los hijastros (De acuerdo a la edad: Tarjeta de Identidad – Entre 7 y 17 años-; Cédula de Ciudadanía -18 años).
BARRIO: Escriba el nombre del barrio en el cual reside el trabajador	7. Certificado de escolaridad de los hijastros mayores de 12 años y hasta los 18 cumplidos, renovable según el ciclo escolar.
AREA GEOGRAFICA DE RESIDENCIA: Marque con una X si el trabajador reside en el sector Urbano o Rural	8. Para la afiliación de hijastros, se requiere custodia expedida por la autoridad competente, otorgada al conyugue y/o compañero d trabajador, en su condición de padre o madre biológica del menor.
TELÉFONO FIJO/ TELÉFONO CELULAR / CORREO ELECTRÓNICO: Diligencie estos campos con los datos del trabajador.	Trabajador separado con Hijos de la Unión:
IV DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR	1. Formulario
TIPO DE CONTRATO: Marque con una X el tipo de contrato del trabajador (Por Tarea, Término Indefinido, Término Fijo)	2. Fotocopia del documento de identificación de la madre o padre del menor
NÚMERO DE HORAS LABORADAS AL MES: Indique las horas laboradas al mes	3. Custodia o Formato de Declaración Juramentada de convivencia y dependencia económica con las personas a cargo. (establecido por Ministerio de Trabajo)
VALOR SALARIO MES: Escriba el valor del salario que el trabajador devenga mensualmente	4. Registro civil de nacimiento para acreditar parentesco, sin autenticar, legible.
FECHA DE INGRESO: Indique la Fecha de ingreso a la Empresa (Día, Mes, Año)	5. Fotocopia del documento de identificación de los hijos (De acuerdo a la edad: Tarjeta de Identidad – Entre 7 y 17 años-; Cédula de Ciudadanía -18 años).
FECHA DE TERMINACIÓN: Indique la Fecha de terminación del Contrato (Día, Mes, Año)	6. Certificado de escolaridad de los hijos mayores de 12 años y hasta los 18 cumplidos, renovable según el ciclo escolar.
EPS DONDE ESTA AFILIADO: Escriba la EPS donde se encuentra afiliado el trabajador	Trabajador Soltero con Hijos:
CÓDIGO DE OCUPACIÓN: Escriba el código de ocupación del trabajador de acuerdo a la DIAN (COGIGO CIU)	1. Formulario
PROFESIÓN: Escriba la profesión del trabajador	2. Fotocopia del documento de identificación de la madre o padre del menor
DIRECCION SITIO DE TRABAJO/ BARRIO SITIO DE TRABAJO: Escriba la dirección y el barrio en el labora el trabajador	3. Custodia o Formato de Declaración Juramentada de convivencia y dependencia económica con las personas a cargo. (establecido por Ministerio de Trabajo)
BARRIO SITIO DE TRABAJO: Escriba el nombre del barrio en el cual trabaja	5. Registro civil de nacimiento para acreditar parentesco, sin autenticar, legible.
MUNICIPIO DE TRABAJO /DEPARTAMENTO DE TRABAJO/ PAIS DE TRABAJO: Diligencie estos campos con los datos donde labora el trabajador.	6. Fotocopia del documento de identificación de los hijos (De acuerdo a la edad: Tarjeta de Identidad – Entre 7 y 17 años-; Cédula de Ciudadanía -18 años).
EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE: Si trabaja simultáneamente con otra empresa escriba el nombre en este Campo	7. Certificado de escolaridad de los hijos mayores de 12 años y hasta los 18 cumplidos, renovable según el ciclo escolar.
TIPO DE DOCUMENTO: Escriba el tipo de documento del empleador con el cual trabaja simultáneamente	Padres mayores de 60 años:
NÚMERO DE DOCUMENTO: Escriba el número de documento de identidad del empleador con el cual trabaja simultáneamente	1. Formulario
SALARIO: Escriba el valor del salario que recibe por la empresa con la cual trabaja simultáneamente.	2. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador y de los padres
HORAS AL MES: escriba el número de horas al mes que trabaja simultáneamente.	2. Registro civil de nacimiento del trabajador que acredite parentesco.
SALARIO: Escriba el valor del salario que recibe por la empresa con la cual trabaja simultáneamente.	3. Declaración Juramentada de dependencia económica, firmada por el trabajador y los padres.
HORAS AL MES: escriba el número de horas al mes que trabaja simultáneamente.	4. Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación del padre del trabajador.
V. INFORMACION NUCLEO FAMILIAR DEL TRABAJADOR	Hermano huérfano de padres que depende económicamente del trabajador:
TIPO IDENTIFICACION: Indique el tipo de identificación de cada miembro del núcleo familiar	1. Formulario
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: Escriba el número de identificación de cada miembro del Núcleo Familiar	2. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador
PRIMER APELLIDO/ SEGUNDO APELLIDO / NOMBRES: Escriba los datos de cada miembro del núcleo familiar	3. Registro civil de nacimiento del trabajador y del hermano que acredite parentesco.
FECHA DE NACIMIENTO: Escriba la fecha de nacimiento de cada miembro del núcleo Familiar (Día Mes Año)	4. Registro civil de defunción de los padres.
SEXO: Marque con una X el Sexo.	5. Diligenciar el formato de Declaración Juramentada de dependencia económica con la persona a cargo.
PARENTESCO: Marque con una x Parentesco	6. Fotocopia del documento de identificación de los Hermanos (De acuerdo a la edad: Tarjeta de Identidad – Entre 7 y 17 años-; Cédula de Ciudadanía -18 años).
PAIS DE RESIDENCIA /DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA/ MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	7. Certificado de escolaridad de los hermanos mayores de 12 años y hasta los 18 cumplidos, renovable según el ciclo escolar.
AREA GEOGRAFICA DE RESIDENCIA: Marque con una X si el trabajador reside en el sector Urbano o Rural	BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD:
VI. INFORMACION PAGO DE SUBSIDIO FAMILIAR CUOTA MONETARIA	POR PERSONAS A CARGO QUE TENGAN ALGUNA SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD QUE LES IMPIDA TRABAJAR, LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR PAGA AL TRABAJADOR DOBLE CUOTA MONETARIA. EL DERECHO A RECIBIR DOBLE CUOTA MONETARIA DEBE SER ACREDITADO POR EL TRABAJADOR MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD EXPEDIDO POR LA EPS O POR OTRA ENTIDAD COMPETENTE DONDE CONSTE LA CAPACIDAD FÍSICA DISMINUIDA QUE IMPIDA TRABAJAR, INDICANDO TIPO DE DISCAPACIDAD.
EL CONYUGUE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE TRABAJA: Marque con una X Si o No	NOTAS IMPORTANTES
VALOR SALARIO MENSUAL: Indique el valor del salario mensual de su conyugue o compañero permanente	1. LAS CERTIFICACIONES ESCOLAR DEBEN PRESENTARLAS TODOS LOS AÑOS ANTES DEL 30 DE MARZO. LAS CERTIFICACIONES DE UNIVERSIDAD Y ESTUDIOS SUPERIORES DEBEN RENOVARSE DOS VECES AL AÑO ANTES DEL 30 DE MARZO Y ANTES DEL 30 DE SEPTIEMBRE.
RECIBE CUOTA MONETARIA EN OTRA CAJA DE COMPENSACION: Marque con una X Si o No	2. SEGÚN LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 37 DE LA LEY 21 DE 1982, TODO TRABAJADOR BENEFICIARIO TIENE LA OBLIGACION DE AVISAR A LA CAJA DIRECTAMENTE O POR CONDUCTO DEL EMPLEADOR, LOS NACIMIENTOS O MUERTES DE PERSONAS A CARGO, EL TÉRMINO DE LA CONVIVENCIA Y CUALQUIER OTRO HECHO QUE DETERMINE MODIFICACIONES EN LA CUANTÍA DEL SUBSIDIO (DENTRO DEL MES EN QUE CUALQUIERA DE DICHO EVENTOS OCURRA)
NOMBRE DE LA CAJA: Escriba el nombre de la Caja en la cual recibe Cuota Monetaria	3. DENTRO DE LOS TRÁMITES ANTE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR ES EXIGIBLE PARA LA AFILIACIÓN UNA DECLARACIÓN JURAMENTADA DEL TRABAJADOR DE DEPENDENCIA Y CONVIVENCIA ECONÓMICA RESPECTO A LA COMPOSICIÓN DE SU NÚCLEO FAMILIAR, EN CONSIDERACIÓN A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 3º DE LA LEY 789 DE 2002 Y AL DECRETO LEY 019 DE 2012. ESTE DOCUMENTO DEBE SER COMPLETAMENTE DILIGENCIADO (CONSISTENTE CON EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN), ES DECIR QUE SE RELACIONEN LOS NOMBRES Y NÚMEROS DE DOCUMENTO DE TODAS LAS PERSONAS QUE CONFORMAN EL GRUPO FAMILIAR Y QUE TENGAN DERECHO A AFILIARSE, CUANDO EXISTA DEPENDENCIA ECONÓMICA DE PADRES Y /O DE CONYUGUE O COMPAÑERO PERMANENTE, ESTAS PERSONAS TAMBIÉN DEBEN FIRMAR LA DECLARACIÓN
CUANTAPARA PAGO DE LA CUOTA MONETARIA No: Indique el número de la cuenta a la cual se va a girar el valor del cuota Monetaria	
BANCO: Indique el nombre del Banco al cual se va a girar la cuota Monetaria.	
AHORROS / CORRIENTE: Marque con una X si la cuenta es de ahorros o corriente	
CIUDAD: Indique la Ciudad donde tiene la cuenta	
CTA TRABAJADOR O CTA CONYUGUE: Marque con una X	
FIRMA TRABAJADOR: Espacio para firma del Trabajador	
FIRMA EMPLEADOR: Espacio para firma del Empleador	
VI. ESPACIO PARA COMCAJA	
DIGITADO POR: Escriba el nombre de la persona que digitó los datos, además la fecha de digitación.	
REVISADO POR: Escriba el nombre de la persona que revisó y la fecha de revisión	
APROBADO POR: Escriba el nombre de la persona que aprobó y la fecha de aprobación.	
SELLO DIGITALIZADO: Espacio para que en COMCAJA, se coloque el sello que indique que el documento esta digitalizado.	
OBSERVACIONES COMCAJA: Espacio para diligenciar por COMCAJA, sobre Observaciones y documentación pendiente e	SEÑOR EMPLEADOR CABE RECORDAR QUE LA INEXACTITUD EN LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE FORMATO Y/O OMISIÓN DE REPORTAR LAS NOVEDADES CONSTITUYE CAUSAS DE DESAFILIACION Y DA LUGAR A LA IMPOSICIÓN POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR DE SANCIONES PECUNIARIAS PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 24 NUMERAL 18 LEY 789