

DD MM AAAA

I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Marque con una X)

Afiliación Primera Vez:  Reafiliación:  Adición de Beneficiarios:  Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cuidador(a):  Veteranos Ley (1979/2019):   
Nombre Empleador:  NIT:  CC:  PEP:  PPT:  CE:  SC:  N°:  Celular:   
Dirección Principal del Empleador:  Barrio/Vereda:  Ciudad/Municipio:

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (Marque con una X)

Primer Apellido:  Segundo Apellido:  Nombres:   
Tipo de Identificación:  TI  CC  PEP  PPT  CE  SC N°:  Sexo:  F  M  NB Celular:   
Fecha de Nacimiento:  DD  MM  AAAA Fecha de Expedición:  DD  MM  AAAA Correo Electrónico:  Profesión:   
Dirección de Residencia:  Barrio/Vereda:  Ciudad/Municipio:   RURAL  URBANO  
País:  Resguardo:  Pueblo Indígena:   
Estado Civil:  Soltero  Casado  Unión Libre  Separado  Divorciado  Viudo Pertenencia Étnica:  Afrocolombiano  Indígena  Comunidad Negra  Palenquero  Room/Gitano  No Disponible  No se Autoreconoce  Raizal de Archí S.A. y S.C. Talina  
Orientación Sexual:  Heterosexual  Homosexual  Bisexual  No Disponible Nivel de Escolaridad:  Preescolar  Básica  Secundaria  Media  Básica Adultos  Secundaria Adulto  Media Adultos  1ra Infancia  Técnico Profesional  Tecnólogo  Profesional  Posgrado/Maestría  Secundaria Normalista  Ninguno  
Factor Vulnerabilidad:  Condición Discapacidad  Desplazado  Damnificado Desastre Natural  Desmovilizado o Reinsertado  Población Zonas Fronteras  Vic. Conflicto Armado no Desplazado  Ejercicio Trabajo Sexual  Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado  Hijo(a) Familia de Madre Cabeza  Población Migrante  No Disponible  No Aplica

III. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN (Diligencie o marque con una X)

Fecha de Ingreso:  DD  MM  AAAA Cargo:  Salario Básico Mensual (\$):  Tipo de Salario:  Fijo  Variable Tipo de Contrato:  Fijo  Indefinido  
Dirección de la Empresa donde Labora:  Barrio/Vereda:  Ciudad/Municipio:   
Empleador Anterior:  Fecha de Retiro:  DD  MM  AAAA

IV. DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre Empleador:  NIT:  Fecha de Ingreso:  DD  MM  AAAA  
Nombre Empleador:  NIT:  Fecha de Ingreso:  DD  MM  AAAA

V. DATOS DEL CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido:  Segundo Apellido:  Nombres:   
Tipo de Identificación:  TI  CC  PEP  PPT  CE  SC N°:  Sexo:  F  M  BN Celular:   
Fecha de Nacimiento:  DD  MM  AAAA Fecha de Expedición:  DD  MM  AAAA Correo Electrónico:  País:   
Dirección de Residencia:  Barrio/Vereda:  Ciudad/Municipio:   RURAL  URBANO  
Nombre del Empleador donde Trabaja:  Salario Básico Mensual (\$):  Recibe Cuota Monetaria:  SI  NO

VI. DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUÉRFANOS Y BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

Documento	Beneficiarios	Sexo		Parentesco			Fecha Nacimiento			Fecha Expedición			Discapacidad		
		F	M	Hijo	Hijastro	Padres	Hermano	En Custodia	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	SI
Tipo	Número ID	Nombres y Apellidos													
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación:

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos:

Nombres y Apellidos:  Correo Electrónico:  Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de desafiliación según el artículo 45 de la ley 21 de 1982. Así mismo, declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Cofrem a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades (Artículo 37, Ley 21 de 1982).

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.** autorizo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal así como los datos personales de mi núcleo familiar, incluyendo datos sensibles y de acuerdo con lo establecido en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en [www.cofrem.com.co](http://www.cofrem.com.co), información que será utilizada para las siguientes finalidades:

- \*Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de Compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- \*Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, rifas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
- \*Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.
- \*Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
- \*Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos. Los titulares podrán ejercer sus derechos de autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico [protecciondedatos@cofrem.com.co](mailto:protecciondedatos@cofrem.com.co). Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA A RUGO DEL TRABAJADOR

FIRMA A RUGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del jefe de área de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla:

IMPORTANTE:

Los documentos que presenten alteraciones o enmendaduras no salvadas serán rechazados por la Caja, la información registrada podrá ser verificada en cualquier momento y en caso de fraude se aplicarán las sanciones de Ley. Cofrem reconocerá la cuota monetaria a los trabajadores únicamente a partir de la fecha que presenten los documentos de acuerdo a los términos señalados en la Ley y para su cobro se debe presentar el original del documento de identificación en los puntos autorizados.

EL VALOR APORTADO POR LOS EMPLEADORES NO PUEDE SER DESCONTADO DEL SALARIO MENSUAL DE LOS TRABAJADORES

## RECUERDE:

Señor afiliado, actualice todos los años el certificado de estudio para los hijos, hijastros o hermanos huérfanos de padres a partir de los doce (12) años; si el beneficiario se encuentra cursando educación superior y no ha cumplido los diecinueve (19) años, debe presentar el certificado de estudio semestralmente. De acuerdo con el **ARTICULO 37 LEY 21 DE 1982**, todo trabajador beneficiario tendrá obligación de avisar a su Caja de Compensación 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 familiar, dentro del mes en que cualquiera de dichos eventos ocurra.

### REQUISITOS DE AFILIACIÓN Ley 21 de 1982/ Ley 789 de 2002/ Circular Única Supersubsidio

Para todos los casos:

- Formulario de Afiliación: ya sea en documento físico, digital o electrónico (Diligenciado al 100% manual o digital)
- Fotocopia del documento de identidad por ambas caras actualizado, tanto del trabajador como de sus beneficiarios, legible y sin enmendaduras.

#### TRABAJADORES DEPENDIENTES

Para la afiliación de trabajadores, no basta con que el empleador realice el pago de aportes, a la Caja de Compensación Familiar a la que se encuentra afiliado. Conforme el vínculo laboral existente, se requiere el trámite ante la Caja de Compensación Familiar, en el mismo momento en que se celebre el contrato.

#### HIJOS

- Registro Civil de nacimiento (Para acreditar parentesco).
- Tarjeta de Identidad (A partir de los 7 años)
- Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de 12 años de edad.
- Fotocopia del documento de identidad por ambas caras de los padres biológicos del menor.

#### CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

- Copia del documento de identidad del cónyuge o compañero (a) permanente o documento válido de identificación para extranjeros.
- Registro civil de matrimonio o Formato de Declaración Juramentada expedido por el Ministerio del Trabajo, para el (a) compañero (a) permanente.
- En caso de que el compañero permanente sea pensionado, anexas certificado de la mesada pensional.
- Para el cónyuge o compañero (a) permanente del mismo sexo se deben presentar los mismos documentos.

#### HIJASTROS

- Registro Civil de nacimiento.
- Tarjeta de Identidad (A partir de los 7 años).
- Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de 12 años de edad.
- Certificado de la Entidad Promotora de Salud – EPS que acredite el grupo familiar unificado o que la custodia este en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar.
- Declaración en el que conste que el padre o madre biológico (a) no convive con el beneficiario, no recibe subsidio familiar en dinero por este y no se encuentra afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.
- En caso que el padre biológico haya fallecido anexas registro civil de defunción.

#### HERMANOS (AS) HUÉRFANOS DE PADRES

- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a).
- Tarjeta de Identidad (A partir de los 7 años).
- Registro civil de defunción del padre y madre.
- Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de 12 años de edad.
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio de Trabajo donde conste la dependencia económica.

#### PADRES

- Registro civil de nacimiento del trabajador (Para acreditar parentesco).
- Fotocopia del documento de identidad del padre y/o madre o el documento válido de identificación para extranjeros.
- Formato de Declaración Juramentada del Ministerio de Trabajo donde se evidencie la dependencia económica y se declare que el padre y/o madre no recibe pensión, salario, ni renta.
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador. "Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud, puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria".
- Formato de declaración juramentada expedido por el Ministerio de Trabajo donde conste la dependencia económica.

#### DEPENDIENTE POR CUSTODIA

- Registro civil de nacimiento del beneficiario.
- Documento de identidad del beneficiario o el documento válido de identificación para extranjeros.
- Documento de custodia en los términos señalados en la Circular Única emitida por la Supersubsidio.
- Acreditación de escolaridad para los beneficiarios a partir de 12 años de edad.

#### VETERANOS

##### Certificación por parte del empleador donde indique:

- Que se incrementó el número de trabajadores con relación a los que tenía con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.
- Que se incrementó el valor de la nómina, con relación al que tenía con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.
- Copia de la PILA del mes de diciembre del año inmediatamente anterior y la del mes en la que se va a hacer la nueva vinculación.
- Acreditación de la calidad de veterano, expedida por el ministerio de defensa o quien haga sus veces.

### DATOS ESPECIALES

#### ACREDITACIÓN DE ESCOLARIDAD O DE ESTUDIOS

Los documentos válidos para acreditar la escolaridad por parte del trabajador o el empleador son: el certificado emitido por la institución educativa aprobada por el ministerio de educación nacional, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del periodo lectivo correspondiente.

#### ACREDITACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

La acreditación se deberá realizar por medio del "Certificado de Discapacidad", el cual debe ser expedido por las IPS's autorizadas por las secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o las Administradoras de Riesgos laborales.

#### CUSTODIA

La custodia deberá ser expedida por la correspondiente entidad competente, ICBF, comisarías de familia, jueces de paz, juzgado de familia, en ausencia de este, las funciones le corresponden al inspector de policía. El acta de conciliación que avala la autoridad administrativa en el desarrollo de una audiencia de conciliación, tiene la fuerza vinculante de una sentencia judicial y presta mérito ejecutivo, sin ser necesario la emisión de resolución para tal efecto.

#### TERMINACIÓN DE CONVIVENCIA

En caso de retirar a la persona que tiene relacionada como cónyuge o compañera (o) permanente se debe anexar documento en la que conste cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital del hecho.

**NOTA:** Para los casos solo de adición de beneficiarios, se requiere únicamente la firma del trabajador en el formato PD-170-01-F01 "Versión 21"

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años de acuerdo a lo estipulado en la **Ley 21 de 1982, Artículo 6:** "Las acciones correspondientes al subsidio familiar prescriben en los términos del Código Sustantivo del Trabajo", **Código Sustantivo del Trabajo, Artículo 488:** "Regla general. Las acciones correspondientes a los derechos regulados en este código prescriben en tres (3) años, que se cuentan desde que la respectiva obligación se haya hecho exigible, salvo en los casos de prescripciones especiales establecidas en el Código Procesal del Trabajo o en el presente estatuto".

Señor afiliado, puede visualizar si tiene cuota monetaria próxima a prescribir, por medio de la página [www.cofrem.com.co](http://www.cofrem.com.co) – Inicio/Subsidios/Cuota Monetaria/Cuota próxima a prescribir.

**EL SUBSIDIO FAMILIAR ES UNA PRESTACIÓN SOCIAL PAGADERA EN DINERO, ESPECIE Y SERVICIOS A LOS TRABAJADORES**

**AFÍLIESE  
En COFREM "Hacemos más por su Familia"**