



**Sistemas Integrados de Gestión**  
**INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O**  
**PERSONAS A CARGO**

**ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES**  
**MARQUE CON UNA X**

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN: 11
FECHA: 24/10/2025

NIT. 892.399.989 - 8

NUEVA (\$) 
 NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO 
 TRASLADO 
 SERVICIO DOMÉSTICO 
 Veteranos de la Fuerza Pública

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR		TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/>		No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
-------------------------------------	--	--	--	-----------------------	----------

DATOS DEL TRABAJADOR																															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		No. DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO																							
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		C.C.	T.I.	C.E.	PEP/PPT	PAS	AÑO   MES   DÍA																						
FECHA ING. EMPRESA		SALARIO BÁSICO MENSUAL		No. DE HORAS TRAB. EN EL MES		PROFESIÓN		CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA																							
AÑO	MES	DÍA							NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)																						
DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR				BARRIO			MUNICIPIO DE RESIDENCIA		UBICACIÓN GEOGRÁFICA																						
TELÉFONO DEL TRABAJADOR		CELULAR 1		CELULAR 2		CORREO ELECTRÓNICO		URBANO		RURAL																					
DIRECCIÓN DONDE LABORA				MUNICIPIO DONDE LABORA			UBICACIÓN GEOGRÁFICA		VIVE EN CASA PROPIA:																						
URBANO		RURAL		SI		NO																									
GÉNERO			ORIENTACIÓN SEXUAL:			ESTADO CIVIL:																									
HOMBRE	MUJER	INDETERMINADO	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Información no disponible	Soltero	Casado	Divorciado	Separado	Unión Libre	Viudo																			
NIVEL DE ESCOLARIDAD:			FACTOR DE VULNERABILIDAD				PERTENENCIA ÉTNICA:																								
Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Básica adultos	Secundaria adultos	Media adultos	Primera Infancia	Técnico/Tecnológico	Profesional Universitario	Posgrado/Maestría	Ninguna	Información no disponible	Desplazado	Victima del conflicto armado (No desplazado)	Desmovilizado o reinsertado	Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados	Damnificado desastre natural	Cabeza de familia	Hijo (as) de madres cabeza de familia	En condición de discapacidad	Población migrante	Población zonas frontera (Nacionales)	Ejercicio del trabajo sexual	No aplica	Afrocolombiano	Comunidad negra	Indígena	Palenquero	Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Room/gitano	No se auto reconoce en ninguno de los anteriores

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE?									
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL EMPLEADOR				HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO	SALARIO		
No.						AÑO   MES   DÍA			
NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL EMPLEADOR				HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO	SALARIO		
No.						AÑO   MES   DÍA			

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)										
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		No. DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO		
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		C.C.	T.I.	C.E.	PEP/PPT	PAS	AÑO   MES   DÍA	
GÉNERO		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			BARRIO		MUNICIPIO DE RESIDENCIA		UBICACIÓN GEOGRÁFICA	
HOMBRE	MUJER	INDETERMINADO	URBANO		RURAL					
TELÉFONO Y/O CELULAR			NIVEL DE ESCOLARIDAD			OCUPACION				
						ESTUDIA <input type="checkbox"/> TRABAJA <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>				
						AMA DE CASA <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/>				
NOMBRE DE LA EMPRESA			SALARIO MENSUAL		EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA		POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?			
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR			RECEPCION DOCUMENTOS		
OBSERVACIONES:					
REVISADO POR:	DIGITADO POR:	FECHA:			



## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso particular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.
6. Diligenciar formato de autorización pago cuota monetaria (si es nuevo trabajador y beneficiario de cuota monetaria)
7. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

## CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.

1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.

## ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportar la novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de marzo de cada año.
8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfasesar.

## PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfasesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

### AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

#### ● TRABAJADOR

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía. (Si es por primera vez)
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.

#### ● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Registro Civil de Matrimonio o Formato declaración juramentada establecida por el Ministerio de Trabajo (Se encuentra en la página Web [www.comfasesar.com](http://www.comfasesar.com)) En caso de que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- **Nota:** En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

#### ● CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE CUIDADOR

- Certificación de discapacidad expedida por el ministerio de Salud y Protección Social, que deberá contener:
  - Nombre completo y número de identificación del beneficiario.
- Certificado debe ser expedido en el formato del Ministerio de Salud y Protección Social, según resolución No. 1197 de 2024.
- El certificado debe indicar que requiere asistencia de un tercero para realizar actividades diarias de la vida cotidiana, si el certificado no viene con esta información se debe presentar adicionalmente al certificado del ministerio de salud y protección social, una certificación expedida e impresa en papelería EPS o IPS donde se indica la discapacidad del beneficiario a cargo del trabajador y se aclare que requiere de la asistencia de un tercero (que lo apoye en realizar las tareas básicas de la vida cotidiana) con la Firma del profesional de la salud y registro médico.
- El certificado de discapacidad expedido por el ministerio de Salud y protección social se deberá renovar y volver a presentar cuando el beneficiario cumpla los 6 y los 18 años.
- Declaración rendida y firmada a puño y letra por el trabajador y el cónyuge o compañero permanente del trabajador, donde indique que no cuenta con ingresos directos y no realiza ninguna actividad remunerada, que cuida o presta asistencia al beneficiario con discapacidad.
- Si su estado civil es casado, debe presentar el registro civil de matrimonio.

#### ● HIJOS

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal- NUIP es alfanumérico, la caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Registro civil de los niños con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez).
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada. (Se encuentra en la Página Web [www.comfasesar.com](http://www.comfasesar.com))
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar certificado de discapacidad de acuerdo con las directrices expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad de haga sus veces (Resolución 113 de 2020).
- Presentar la constancia del trabajador y cónyuge (si este labora).
- **Nota:** A partir de los doce años se debe presentar certificado de estudio emitido por la institución educativa debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del periodo lectivo correspondiente.

#### ● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. (Si es por primera vez)
- Registro civil de nacimiento del trabajador con parentesco que incluyan número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta ni pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación y se evidencie la dependencia económica. Este formato debe estar firmado por el trabajador y los padres(s) (Se encuentra en la página Web [www.comfasesar.com](http://www.comfasesar.com))
- Certificado de la EPS donde conste el tipo de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Si ene padres inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.
- Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria.
- **Nota:** Para los padres menores de 60 años en condición de discapacidad se deben presentar los mismos documentos.

#### ● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. Copia de documento de identidad de la madre y/o padre biológico(a).
- Registro civil del beneficiario con parentesco.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el número único de identificación personal – NUIP es alfanumérico, la Caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Certificado de la entidad promotora de salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o la custodia en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar. Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si ene padres inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.
- En caso que el padre y/o madre biológica este fallecido debe anexar registro de defunción.

### ● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a) que incluya el número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez) Registro civil de defunción del padre madre.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si el o los hermanos en condición de discapacidad, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas, por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.

### ● DEPENDIENTE POR CUSTODIA

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación  
Es el beneficiario menor de 18 años, o mayores de 18 años en condición de discapacidad que es entregado al afiliado para su cuidado y sostenimiento económico. La entrega puede ser provisional o permanente y debe constar en documento emitido por autoridad competente.  
Requisitos para afiliación.
- Registro civil de nacimiento del beneficiario
- Documento de identidad del beneficiario o el documento válido de identificación para extranjeros.
- Documento de Custodia al 100% emitido por juzgado de familia o por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF.
- Certificado escolar para los beneficiarios a partir de los doce años de edad.
- Declaración juramentada de convivencia y dependencia económica del beneficiario con respecto al trabajador (un mes de vigencia).
- Certificación de EPS donde conste que el beneficiario esté incluido en el núcleo familiar del trabajador.

## **DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

### **DERECHOS**

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley.
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

### **DEBERES**

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación.
2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.
3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.
4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.
5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que determinen modificaciones en el pago de la cuota monetaria.
6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.
7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.
8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.
9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.
10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.
11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.