

TIPO DE AFILIADO				SELLO
<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/> PENSIONADOS 0.6%	<input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE 0.6%	<input type="checkbox"/> PENSIONADOS CON EL 0%	
<input type="checkbox"/> SERVICIO DOMESTICO	<input type="checkbox"/> PENSIONADOS 2%	<input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE 2%	<input type="checkbox"/> TAXISTAS INDEPENDIENTES	
<input type="checkbox"/> MADRE COMUNITARIA	<input type="checkbox"/> FACULTATIVOS	<input type="checkbox"/> FIDELIDAD POR MÁS DE 25 AÑOS	<input type="checkbox"/> COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTRANJERO	

DATOS DE LA EMPRESA		
Nombre:	Nit:	Tel ó Cel:

DATOS DEL TRABAJADOR											
Tipo Identificación		No. Documento		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento		<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> INDETERMINADO		Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL		Estado Civil: <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO		<input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SOLTERO		Factor de Vulnerabilidad: Pertenenencia Étnica:	
Año		Mes		Día							
Nivel de Escolaridad:				Ocupación o Cargo:		Salario:		Fecha de Ingreso a la Empresa:		Año	
Dirección:						Municipio:		Pais:		Mes	
Correo electrónico:						Tel ó Cel:				Día	
										Labora en otra empresa: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

DATOS DEL CÓNYUGE											
Tipo Identificación		No. Documento		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento		<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> INDETERMINADO		Labora: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Salario \$		Recibe Subsidio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Año		Mes		Día							
Persona con discapacidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Tel ó Cel:		Correo electrónico:					


DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LO VAN A AFILIAR)																	
Tipo Identificación	No. Documento	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO			PARENTESCO			PERSONA CON DISCAPACIDAD		
						Año	Mes	Día	Hombre	Mujer	Indeterminado	Padres	Hijos	Hermanos	Hijastro	SI	NO


Declaro haber leído los requisitos solicitados para acceder al subsidio familiar monetario. Bajo la gravedad de juramento declaro que los datos suministrados y relacionados son exactos y verídicos. Autorizó su comprobación.

En cumplimiento a la Ley 1581 de 2012, reglamentada por el Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2014 y complementarios, al diligenciar este documento, manifiesto que autorizo de manera libre, previa y voluntaria a CAFABA, a tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir, mis datos personales que acá se registren (y/o los personales de menores de edad o personas con discapacidad que represento), con fines informativos y de tratamiento para el otorgamiento de subsidios y beneficios, de acuerdo al "Manual para el tratamiento de la información (1000-ma-002)" de la Caja de Compensación Familiar de Barrancabermeja - CAFABA. Así mismo, declaro haber informado a los beneficiarios y/o dependientes titulares que usaré sus datos personales, para hacer entrega de estos a CAFABA, contando con su autorización para que se de igual tratamiento.

Autorizo a CAFABA para que consigne el subsidio monetario en mi cuenta digital de ahorro AV Villas. SI ☐ NO ☐

FIRMA EXCLUSIVA DEL TRABAJADOR	FIRMA Y SELLO DEL LA EMPRESA	FECHA	RECIBIDO
NOTA: Sin el lleno total de información y la no entrega de la documentación requerida, no acredita el derecho para el pago del subsidio familiar monetario.			

COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACIÓN		RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
	<div>NOMBRE DEL TRABAJADORC. C.</div> <div>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESANIT.</div> <div>ESTE DESPRENDIBLE, ES EL DOCUMENTO PROVISIONAL PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA CAJA</div>	<div>FECHA:</div> <div>FIRMA Y SELLO</div>
Calle 49 N° 17 - 14 PBX: 6222810 EXT: 262 Pagina web: www.cafaba.com.co - correo electrónico: atencionalcliente@cafaba.com.co - subsidios@cafaba.com.co		

COMPROBANTE ENTREGA DE DOCUMENTOS DE AFILIACIÓN		RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
	<div>NOMBRE DEL TRABAJADORC. C.</div> <div>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESANIT.</div> <div>ESTE DESPRENDIBLE, ES EL DOCUMENTO PROVISIONAL PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LA CAJA</div>	<div>FECHA:</div> <div>FIRMA Y SELLO</div>
Calle 49 N° 17 - 14 PBX: 6222810 EXT: 262 Pagina web: www.cafaba.com.co - correo electrónico: atencionalcliente@cafaba.com.co - subsidios@cafaba.com.co		

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

Diligencia el formulario en letra imprenta, sin enmendaduras ni tachones.
Revise que el formulario esté totalmente diligenciado, que cumple con todos los requisitos exigibles y que las firmas están completas, así evitará contratiempos o rechazos en sus trámites.
Para diligenciar los campos numéricos guíese por las tablas detalladas a continuación
Si usted labora en dos empresas, deberá presentar el certificado laboral de la empresa que no lo esta afiliando a esta Caja

Tipo de Identificación			
1	Cédula de Ciudadanía	8	Carné Diplomático
2	Tarjeta de Identidad	9	Permiso Especial de Permanencia (P.E.P)
3	Registro civil de Nacimiento	10	Certificado cabildo
4	Cédula de Extranjería	11	Identificación dada por la Sc. de Educación
5	NUIP	12	Tarjeta de movilidad fronteriza (TMF)
6	Pasaporte	13	Visa
7	NIT		

Factor de Vulnerabilidad			
1	Desplazado	7	Hijos madre cabeza de familia
2	Victima del conflicto (no desplazado)	8	En condición de discapacidad
3	Desmovilizado o reinsertado	9	Poblaciòn migrante
4	Hijos de desmovilizado o reinsertado	10	Población zona frontera
5	Damnificados desastre natural	11	Ejercicio del trabajo sexual
6	Cabeza de familia	12	No aplica

Pertenencia Etnica			
1	Afrocolombiano	5	Raizal
2	Comunidad Negra	6	Room/Gitano
3	Indígena	7	No se autorreconoce en ninguno de los anteriores
4	Palenquero	8	No disponible

REQUISITOS PARA AFILIARSE A LA CAJA
(CIRCULAR EXTERNA SUPERSUBSIDIO 002 DEL 29 DE FEBRERO DE 2016)

REQUISITOS GENERALES Y OBLIGATORIOS

TRABAJADOR SOLTERO

1.Formulario de afiliación
2.Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador o trabajadora.

Nota: Todo trabajador o miembro del núcleo familiar que sea venezolano deberá presentar el Permiso Especial de Permanencia.

TRABAJADOR CON CÓNYUGE SIN HIJOS

1.Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador o trabajadora.
2.Fotocopia de la cédula de ciudadanía del o la cónyuge
3. Fotocopia de la partida de matrimonio si son casado o declaración juramentada de convivencia en el que conste el tiempo de convivencia en unión libre, firmada por las partes.
4. Certificación laboral del o la cónyuge expedida por la empresa donde labora o declaración de dependencia económica.

TRABAJADOR CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

1.Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador o trabajadora.
2.Fotocopia de la cédula de ciudadanía del o la cónyuge
3. Fotocopia de la partida de matrimonio si son casado o declaración juramentada de convivencia en el que conste el tiempo de convivencia en unión libre, firmada por las partes.
4. Certificación laboral del o la cónyuge expedida por la empresa donde labora o declaración de dependencia económica.
5. Registro Civil de nacimiento de los hijos, que acrediten parentesco, para cualquier edad, además si los niños son mayores de 7 años deberán presentar fotocopia de la tarjeta de identidad, y si ya cumplió o es mayor de 12 años, adicionalmente deberá presentar la constancia de estudio o boletín de notas expedido por el establecimiento educativo debidamente aprobado.
6. Si el hijo es una persona con discapacidad, deberá presentar certificado médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que le impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

Notas:
Si el trabajador o trabajadora es soltero cumplirá con los requisitos descritos anteriormente con excepción de los documentos del cónyuge.
Los hijos de la trabajadora soltera se refieren a los menores en cuyo registro civil figure únicamente la madre.
Cuando el trabajador esté separado y con hijos, deberá presentar la custodia o declaración juramentada, preferiblemente firmada por la madre, utilizando el formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

TRABAJADOR CON CÓNYUGE E HIJASTROS

1.Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador o trabajadora.
2.Fotocopia de la cédula de ciudadanía del o la cónyuge
3. Fotocopia de la partida de matrimonio si son casado o declaración juramentada de convivencia en el que conste el tiempo de convivencia en unión libre, firmada por las partes.
4. Certificación laboral del o la cónyuge expedida por la empresa donde labora o declaración de dependencia económica respecto al cónyuge trabajador, asimismo declaración de dependencia económica de los hijastros.
5. Registro Civil de nacimiento de los hijastros, que acrediten parentesco, para cualquier edad, además si los niños son mayores de 7 años deberán presentar fotocopia de la tarjeta de identidad, y si ya cumplió o es mayor de 12 años, adicionalmente deberá presentar la constancia de estudio o boletín de notas expedido por el establecimiento educativo debidamente aprobado.
6. Si el hijastro es una persona con discapacidad, deberá presentar certificado médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que le impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.
7. Custodia expedida por la autoridad competente otorgada al cónyuge o compañero del trabajador, en su condición de madre o padre biológico del menor.

AFILIACIÓN DE PADRES MAYORES DE 60 AÑOS QUE NO RECIBEN RENTA NI PENSIÓN

1.Fotocopia de la cédula de ciudadanía de los padres.
2. Registro de nacimiento del trabajador que acredite parentesco.
3. Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, firmado por el trabajador y padres, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.
4. 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.
Si la afiliación a la EPS es en condición de beneficiario, este deberá indicar de quien es beneficiario.
Si la afiliación a la EPS es en condición de cotizante solo de Salud, deberá adjuntar copia de la planilla del último pago
6. Si el padre es una persona con discapacidad, deberá presentar certificado médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que le impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

Notas:
Cuando NO se afilian ambos padres, se requiere que el padre que se está afiliando elabore una manifestación escrita de NO convivencia y/o NO dependencia económica del padre que no se va a afiliar, firmada por el padre y por el trabajador.
Si uno de los padres es fallecido se deberá presentar el certificado de defunción.

AFILIACIÓN DE HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES

1.Fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador o trabajadora.
2. Registro civil de defunciones de ambos padres.
3. Registro Civil de nacimiento del trabajador y del hermano, que acredite parentesco.
Si el hermano es mayor de 7 años deberán presentar fotocopia de la tarjeta de identidad, y si ya cumplió o es mayor de 12 años, adicionalmente deberá presentar la constancia de estudio o boletín de notas expedido por el establecimiento educativo debidamente aprobado.
4. 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.
5. Si el hermano es una persona con discapacidad, debiera presentar certificado médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.

OTRAS RECOMENDACIONES IMPORTANTES A TENER EN CUENTA:

Recuerde que el certificado escolar se deberá presentar en el mes en que el menor cumpla los 12 años, y en adelante cada año en el mes de febrero, si los estudios son semestralizados, deberá presentarlos en febrero y en julio respectivamente.
Para que empiece a recibir subsidio es indispensable que tenga habilitada la modalidad de pago.
Tenga en cuenta que tendrá derecho a la cuota monetaria, siempre y cuando la remuneración del trabajador no sea superior a los 4SMMLV, que labore al menos 96 horas, y que sumados los salarios con el del cónyuge no sobrepase los 6 SMMLV.

RELACIÓN DE PERSONAS A CARGO

CARNET PROVISIONAL HASTA

CATEGORÍA: _____

RELACIÓN DE PERSONAS A CARGO

CARNET PROVISIONAL HASTA

CATEGORÍA: _____