

RADICADO N° _____

I. TIPO DE AFILIACIÓN:

PENSIONADO INDEPENDIENTE MIGRANTE

II. DATOS DEL AFILIADO

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.P. <input type="radio"/>		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
NOMBRES:		PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
MADRE CABEZA DE FAMILIA SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	ÁREA GEOGRÁFICA DEL EMPLEO RURAL <input type="radio"/> URBANO <input type="radio"/>		FECHA DE NACIMIENTO: DIA: MES: AÑO: SEXO: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	BARRIO:	DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:
TELÉFONO:	CELULAR:	VALOR DE INGRESO PROMEDIO MENSUAL:	
EMAIL:	ESTADO CIVIL: CASADO <input type="radio"/> UNIÓN LIBRE <input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> VIUDO <input type="radio"/> SEPARADO <input type="radio"/> DIVORCIADO <input type="radio"/>		
NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO <input type="radio"/> PREESCOLAR <input type="radio"/> BÁSICA PRIMARIA <input type="radio"/> BÁSICA SECUNDARIA <input type="radio"/> MEDIA <input type="radio"/> TÉCNICA <input type="radio"/> TECNOLÓGICA <input type="radio"/> PROFESIONAL <input type="radio"/> POSTGRADO <input type="radio"/>			
PROFESIÓN (Diligencie en caso que su nivel educativo sea técnico, tecnológico, profesional o postgrado):		CAPACIDAD DE TRABAJO: NO DISCAPACIDAD <input type="radio"/> DISCAPACITADO <input type="radio"/>	
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA <input type="radio"/> ARRENDADA <input type="radio"/> FAMILIAR <input type="radio"/> HIPOTECA <input type="radio"/>		SECTOR: RURAL <input type="radio"/> URBANO <input type="radio"/>	TIPO DE EDIFICACIÓN (casa, apartamento, conjunto residencial, rancharía, etc):
CÓDIGO DE ACTIVIDAD ECONOMICA (DIAN):			

III. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

NOMBRES:		PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.P. <input type="radio"/>		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	FECHA DE NACIMIENTO: DIA: MES: AÑO:
NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO <input type="radio"/> PREESCOLAR <input type="radio"/> BÁSICA PRIMARIA <input type="radio"/> BÁSICA SECUNDARIA <input type="radio"/> MEDIA <input type="radio"/> TÉCNICA <input type="radio"/> TECNOLÓGICA <input type="radio"/> PROFESIONAL <input type="radio"/> POSTGRADO <input type="radio"/>			

III. PERSONAS A CARGO (HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE.)

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	GRADO DE ESCOLARIDAD
	TIPO	NÚMERO	F	M	AÑO	MES	DIA			

BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMATO REFLEJAN LA REALIDAD DEL SOLICITANTE

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es verídica y autorizo a COMFAGUAJIRA a que verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

Autorizo a Comfaguajira a utilizar los datos aquí registrados para que sean tratados de manera confidencial, segura, leal y transparente en los términos y condiciones señalados en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para el desarrollo de campañas promocionales, ofertas de servicios y programas de fidelización diseñadas, implementadas y administradas por COMFAGUAJIRA o terceros autorizados, SI _____ NO _____

PENSIONADO, INDEPENDIENTE O MIGRANTE

FIRMA

RECIBIDO RESPONSABLE DE AFILIACIONES

FIRMA, FECHA Y SELLO DE COMFAGUAJIRA

RECIBIDO DPTO DE APORTES Y SUBSIDIO

FIRMA, FECHA Y SELLO DE COMFAGUAJIRA

Causales de rechazo o devolución de la afiliación

- * Que los documentos no estén completos
- * Que no estén legibles, con tachones, corrector y/o enmendaduras
- * Que no esté totalmente diligenciado

OBSERVACIONES

LISTA DE CHEQUEO PARA AFILIACIÓN DE FACULTATIVOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	SI Cumple	NO Cumple	N/A
1	Revisar en SISU que el empleador no se encuentre en las siguientes condiciones: afiliado en mora por pago de aportes o expulsado. Para el caso en que se encuentre expulsado, el responsable debe solicitar al técnico de aporte la aprobación para continuar con el trámite de la afiliación. Cuando una empresa ha estado expulsada, debe volver a presentar el formato de solicitud de afiliación con sus respectivos anexos como si fuera la primera vez, independientemente del tiempo de expulsión. NOTA 1: En caso de que la empresa se encuentre en mora por falta de continuidad de pago de los aportes e indique que en los meses no cancelados no tuvieron empleados, deberá presentar una certificación de un contador que diga que en ese tiempo no tuvieron empleados dicha certificación deberá anexar fotocopia de la cédula y de la tarjeta profesional del contador, firmada.			
2	Que el formulario "Solicitud de afiliación de facultativos", se encuentre en la versión vigente. El formulario puede ser una copia impresa desde la página web o fotocopia y debe tener la firma en original del representante legal. NOTA 2: Consultar en el aplicativo suite vision empresarial la versión vigente.			
3	Que todos los campos estén diligenciados. Si existen campos vacíos y la información se identifica fácilmente en los anexos suministrados, el responsable debe diligenciar la información en el formato.			
4	Que se cumpla el procedimiento de control de registros: Los formularios deben diligenciarse completamente, con un solo color de tinta (negro o azul), no deben tener tachones, ni corrector, ni enmendaduras, la información debe ser clara, legible y exacta; en los campos que no sean obligatorios colocar N/A.			
5	Los campos como correo electrónico y barrio, podrían no ser obligatorio en el caso que el empleador no tenga información. Los demás campos del formulario son obligatorios en todos los casos.			
6	Que los datos registrados en el formulario sean coherentes con los anexos. NOTA 3: No se recibirán documentos en mal estado (manchados, corrector, rotos, enmendados, deteriorados).			
7	Oficio enviado al Director solicitando la afiliación.			
8	Fotocopia de la cédula de ciudadanía, en el caso de los extranjeros presentar fotocopia del pasaporte.			
9	Fotocopia del contrato de prestación de servicios para trabajador Independiente.			
10	Constancia de ingresos para los pensionados y trabajadores independientes.			
DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS				
A. TRABAJADOR SOLTERO				
A.1	Formulario de afiliación diligenciado.			
A.2	Documento de identificación del facultativo legible y ampliada, si es por primera vez.			
A.3	En caso de nacionalidad extranjera, presentar fotocopia del pasaporte			
B. CON CÓNYUGE SIN HIJOS				
B.1	Formulario de afiliación diligenciado.			
B.2	Documento de identificación del trabajador, legible y ampliada, si es por primera vez.			
B.3	Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente, legible, si es por primera vez.			
B.4	Manifestación del estado civil mediante formato de declaración juramentada, preferiblemente con firma de la madre.			
B.5	En caso de que el trabajador sea de nacionalidad de extranjera, presentar fotocopia del pasaporte.			
B.6	En caso de que el conyuge sea de nacionalidad extranjera, presentar fotocopia del pasaporte.			
C. CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN				
C.1	Formulario de afiliación diligenciado.			
C.2	Documento de identificación del trabajador, legible y ampliada, si es por primera vez.			
C.3	Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente, legible, si es por primera vez.			
C.4	Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente.			
C.5	Si el (a) cónyuge no labora, diligenciar el formato de declaración juramentada.			
C.6	Manifestación del estado civil mediante formato de declaración juramentada, preferiblemente con firma de la madre.			
C.7	Registro civil de nacimiento de los hijos(as) para acreditar parentesco, sin autenticar, legible en el cual se visualice la firma del notario y no interesa la vigencia.			
C.8	Tarjeta de identidad de los beneficiarios a partir de los 7 años.			
C.9	Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad, no se debe exigir porcentaje de discapacidad (solo aplica para afiliación de discapacitados).			
C.10	En caso de nacionalidad extranjera, presentar fotocopia del pasaporte (trabajador, conyuge y personas a cargo).			
D. CON CÓNYUGE E HIJASTROS				
D.1	Formulario de afiliación diligenciado.			
D.2	Documento de identificación del trabajador, legible y ampliada, si es por primera vez.			
D.3	Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente legible, si es por primera vez.			
D.4	Constancia laboral del cónyuge o compañera permanente.			
D.5	Si el (a) cónyuge no labora, diligenciar el formato de la declaración juramentada.			
D.6	Declaración de dependencia económica de los hijastros, utilizar formato de declaración juramentada.			
D.7	Manifestación del estado civil mediante formato de la declaración juramentada, preferiblemente con firma de la madre.			
D.8	Registro civil de nacimiento de los hijastros para acreditar parentesco con el padre aportante, sin autenticar, legible en el cual se visualice la firma del notario y no interesa la vigencia.			
D.9	Documento de identidad de los beneficiarios a partir de los 7 años.			
D.10	Custodia expedida por autoridad competente (ICBF, Comisaría de familiar, juzgado de familia, etc.).			
D.11	Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad, no se debe exigir porcentaje de discapacidad (solo aplica para afiliación de discapacitados).			
D.12	En caso de nacionalidad extranjera, presentar fotocopia del pasaporte (trabajador, conyuge y personas a cargo).			
E. SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS				
E.1	Formulario de afiliación diligenciado.			
E.2	Documento de identificación del facultativo legible y ampliada, si es por primera vez.			
E.3	Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.			
E.4	Documento de identidad de los beneficiarios a partir de los 7 años.			
E.5	Custodia expedida por autoridad competente (ICBF, Comisaría de familiar, juzgado de familia, etc.) y declaración juramentada utilizar formato de declaración juramentada.			
E.6	Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad, no se debe exigir porcentaje de discapacidad (solo aplica para afiliación de discapacitados).			
E.7	En caso de nacionalidad extranjera, presentar fotocopia del pasaporte (trabajador y personas a cargo).			
F. SOLTERA CON HIJOS (Se refiere a los menores en cuyo registro civil figure únicamente la madre).				
F.1	Formulario de afiliación diligenciado.			
F.2	Documento de identificación de la trabajadora, legible y ampliada, si es por primera vez.			
F.3	Registro civil de nacimiento de los hijos (as) para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.			
F.4	Documento de identidad de los beneficiarios a partir de los 7 años.			
F.5	Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad, no se debe exigir porcentaje de discapacidad (solo aplica para afiliación de discapacitados).			
F.6	En caso de nacionalidad extranjera, presentar fotocopia del pasaporte (trabajadora y personas a cargo).			
G. PADRES				
G.1	Formulario de afiliación diligenciado.			
G.2	Documento de identificación del trabajador, legible y ampliada, si es por primera vez.			
G.3	Documento de identificación del padre o madre legible, si es por primera vez.			
G.4	Registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco. Fotocopia simple, sin autenticar, legible en el cual se visualice la firma del notario y no interesa la vigencia.			
G.5	Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, firmado por el trabajador y padres, utilizar formato de declaración juramentada.			
G.6	Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación.			
G.7	Declaración de no recibir pensión, salario, ni renta, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo.			
G.8	Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad, o se debe exigir porcentaje de discapacidad (solo aplica para afiliación de discapacitados).			
G.9	En caso de nacionalidad extranjera, presentar fotocopia del pasaporte (trabajador y padres a afiliar).			
G.10	Validar en la página de la registraduría la supervivencia de los padres que se van a afiliar, el estado debe decir VIGENTE, otro estado no se recibe			
H. HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES				
H.1	Formulario de afiliación diligenciado.			
H.2	Documento de identificación del trabajador legible y ampliada, si es por primera vez.			
H.3	Documento de identidad de los beneficiarios a partir de los 7 años.			
H.4	Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, utilizar formato declaración juramentada.			
H.5	Registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco: fotocopia simple y legible en el cual se visualice la firma del notario, sin límite de fecha.			
H.6	Registro civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad: fotocopia simple y legible en el cual se visualice la firma del notario, sin límite de fecha.			
H.7	Registro civil de defunción de los padres.			
H.8	Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad.			
H.9	En caso de nacionalidad extranjera, presentar fotocopia del pasaporte (trabajador y hermanos huérfanos).			
NOTA 4: Cuando el usuario no cumpla con los requisitos, devolver la lista de chequeo con los documentos que haya presentado.				
NOTA 5: En caso de aceptación entregar un recibido del formulario de afiliación al facultativo y remitir a la sede principal el formulario original con todos los anexos y la lista de chequeo.				
NOTA 6: En caso de muerte de las personas a cargo el trabajador tendrá la obligación de avisar a la Caja presentando el registro civil de defunción.				
Se deja constancia que se Acepta _____ Fecha: _____ o Devuelve _____ Fecha: _____ la afiliación con los documentos anteriormente señalados.				
OBSERVACIONES				