

Versión 16, Fecha: Diciembre del 2021

RADICADO N°

I. TIPO DE TRABAJADOR  
 DEPENDIENTE  SERVICIO DOMÉSTICO  MADRE COMUNITARIA  VETERANO

II. TIPO DE NOVEDAD  
 INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR  AUMENTO DE PERSONAS A CARGO  TRASPASO O REINTEGRO

III. DATOS DEL EMPLEADOR (Todos los campos son obligatorios)  
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT CC CE PP P.E.P P.P.T \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ SUCURSAL PLANILLA ÚNICA: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

IV. DATOS DEL TRABAJADOR (Todos los campos son obligatorios excepto correo electrónico, barrio y teléfono)  
 PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT CC CE PP P.E.P P.P.T \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ MADRE CABEZA DE FAMILIA: SI  NO   
 FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: \_\_\_\_\_  
 SALARIO BÁSICO: \_\_\_\_\_ TIPO DE CONTRATO: FIJO  INDEFINIDO  MEDIO TIEMPO  JORNADA DE TRABAJO TIEMPO COMPLETO   
 DIRECCIÓN RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SECTOR: RURAL  URBANO  CAPACIDAD DE TRABAJO: NO DISCAPACIDAD  DISCAPACITADO  TIPO DE DISCAPACIDAD: \_\_\_\_\_  
 SEXO: \_\_\_\_\_ ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL  HOMOSEXUAL  PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO  ROM O GITANO  INDÍGENA  ESTADO CIVIL: CASADO  SOLTERO  SEPARADO  UNIÓN LIBRE  VIUDO  DIVORCIADO

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA  ARRENDADA  FAMILIAR  HIPOTECA  TIPO DE EDIFICACIÓN: CASA  APARTAMENTO  CONJUNTO RESIDENCIAL  RANCHERÍA   
 NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO  PREESCOLAR  BÁSICA PRIMARIA  BÁSICA SECUNDARIA  E. MEDIA  TÉCNICA  TECNÓLOGO  PROFESIONAL  POSGRADO   
 EDUCACIÓN FORMAL  EDUCACIÓN INFORMAL  EDUCACIÓN NO FORMAL  EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO - ETDH: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_  
 PROFESIÓN (Diligencia en caso que su nivel educativo sea técnico, tecnológico, profesional o postgrado): \_\_\_\_\_ FACTOR DE VULNERABILIDAD: DESPLAZADO  NO DESPLAZADO  DESMOVILIZADO  CABEZA DE FAMILIA  DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL  POBLACION MIGRANTE POBLACION ZONAS FRONTERAS

V. DATOS DEL CÓNYUGE / COMPAÑERO(A) RESPONSABLE DEL MENOR  
 PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.J  C.C  C.E  P.P  P.E.P   
 NÚMERO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ ENCARGADO (A) DEL HOGAR: SI  NO  DESEMPLEADO (A): SI  NO  DEPENDIENTE: SI  NO   
 DIRECCIÓN RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
 NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO  PREESCOLAR  BÁSICA PRIMARIA  BÁSICA SECUNDARIA  E. MEDIA  TÉCNICA  TECNÓLOGO  PROFESIONAL  POSGRADO   
 EDUCACIÓN FORMAL  EDUCACIÓN INFORMAL  EDUCACIÓN NO FORMAL  EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO - ETDH: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

VI. MEDIO DE PAGO DE SUBSIDIO MONETARIO  
 Autorizo a COMFAGUAJIRA a utilizar mi número de celular \_\_\_\_\_ para cancelar el subsidio monetario a través de:  
 Daviplata (Davivienda) \_\_\_\_\_ Ahorro a la mano (Bancolombia) \_\_\_\_\_

NOTA: DARÁN DERECHO AL SUBSIDIO FAMILIAR LAS PERSONAS A CARGO DE LOS TRABAJADORES BENEFICIARIOS TALES COMO: HIJOS, HIJASTROS, HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE.  
**VII. PERSONAS A CARGO ( HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE.) (Todos los campos son obligatorios)**  
 \* Las personas a cargo que no se relacionen en el formato no se les garantiza la prestación de los servicios y el pago del subsidio monetario.

APellidos y Nombres	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		SEXO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	GRADO DE ESCOLARIDAD
	TIPO	NÚMERO	F	M	J	AÑO	MES	DÍA			

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.

\* Autorizó 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.  
 \* Autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contacto, entre otros: Número de teléfono móvil o fijo, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología y que tenga registrados en sus bases de datos. Así mismo autorizo me sean notificadas personalmente todas las decisiones y situaciones originadas como afiliada a la Caja de Compensación Familiar de la Guajira, al siguiente correo electrónico: \_\_\_\_\_ Cualquier cambio en la dirección electrónica o cualquier otro medio de contacto deberá ser notificada a Comfaguajira. Si  NO

Firma del usuario: \_\_\_\_\_  
 Manifiesto que conozco todos los requisitos para la afiliación del trabajador y de sus personas a cargo.

FIRMA DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_ FIRMA PERSONA A CARGO DEL MENOR: \_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_  
 \* El campo firma persona a cargo del menor, aplica en caso de Renuncia del trabajador a la afiliación.

CAMPOS PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAGUAJIRA

RECIBIDO UIS	RECIBIDO DPTO DE APORTES Y SUBSIDIO	FECHA PRIMER SUBSIDIO	DIGITADO POR
FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA

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.