

comfacor

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE GRUPO FAMILIAR
DEPENDIENTES Y SU GRUPO FAMILIAR

-Por favor leer las indicaciones al respaldo antes de diligenciar
-Diligencie este formato con letra clara, legible y sin tachones.

Versión
F. Aprobación
Código

5
9/05/2025
FO-MISF-AFI-04

I. TIPO DE NOVEDAD
☒ Afiliación de Trabajador ☐ Afiliación de grupo familiar ☐ Adición de personas a cargo de trabajador afiliado ☐ Reintegro

Nº de folios:

Radicado

II. DATOS DEL EMPLEADOR
NIT ☒ CC ☐ CE ☐ PT ☐ PE ☐

No: 902023336Nombre o Razón Social:

CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

III. DATOS DEL TRABAJADOR
Tipo de Identificación: TI ☐ CC ☒ CE ☐ PT ☐ PE ☐

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

25808579SALGADOARRIETANELFIDADEL SOCORRO

Estrato Teléfono casa Número de celular Correo electrónico (si lo tiene) Género Estado Civil Soltero Casado Unión libre Separado Viudo Divorciado

3105236543NELFIDASALGADO@GMAIL.COMM X FI

Dirección de Residencia: VDA EL HOGAR # -Barrio de Residencia:Municipio de Residencia:Departamento de Residencia:Cordoba Urbana Rural

Municipalidad donde trabaja: Barrio donde trabaja: Municipio donde trabaja: Zona donde Labora Fecha Ingreso a la Empresa Salario Mensual

KM 3 VIA PLANETA RICA # -MONTERIAUrban Rural 19 | 01 | 2026\$ 875453.00

Ocupación / Profesión: COCINEROSTeléfono Oficina: Si labora por horas, ¿cuántas al mes? Orientación Sexual heterosexual bisexual Información no disponible Cuenta usted con acreditación como veterano de guerra?

310503648690X NI No

Nivel Educativo Factor de vulnerabilidad Pertenencia étnica

X Preescolar Básica Secundaria Media Básica adultos Secundaria adultos Primera infancia Técnico/Tecnológico Profesional Universitario Posgrado/Maestría Ninguna Información no disponible Desplazado Víctima del conflicto armado (No desplazado) Desmovilizado o reinsertado Hijo(a) de desmovilizados o reinsertados Damnificado/a de violencia Cabeza de familia Hijo(a) de madre cabeza de familia En condición de discapacidad Población migrante Población zonas frontera (Nacionales) Ejercicio del trabajo sexual No aplica No disponible 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

X I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII XIII XIV XV XVI XVII XVIII XIX XX XXI XXII XXIII XXIV XXV XXVI XXVII XXVIII XXIX XXX XXXI XXXII XXXIII XXXIV XXXV XXXVI XXXVII XXXVIII XXXIX XL XLI XLII XLIII XLIV XLV XLVI XLVII XLVIII XLIX L LI LII LIII LIV LV LVI LVII LVIII LX LXI LXII LXIII LXIV LXV LXVI LXVII LXVIII LXIX LXX LXXI LXXII LXXIII LXXIV LXXV LXXVI LXXVII LXXVIII LXXIX LXXX LXXXI LXXXII LXXXIII LXXXIV LXXXV LXXXVI LXXXVII LXXXVIII LXXXIX XLXXXX

¿TRABAJA CON OTROS EMPLÉADORES SIMULTÁNEAMENTE?

Sí No

NIT CC CE PT PE NOMBRE DEL EMPLEADOR Si labora por horas, ¿Cuántos al mes? Fecha ingreso Salario mensual

IV. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)
Tipo de Identificación: TI CC CE PT PE M G F I Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre
Número de identificación Dirección Barrio Municipio
Teléfono Celular Correo electrónico (si lo tiene)

Ama de casa Trabaja Independiente Ocupación Pensionado Estudia No trabaja El(La) cónyuge recibe cuota monetaria ¿Por cuál Caja de Compensación?
Nombre de la empresa NIT Sí No

¿Desea incluir a su cónyuge o compañero(a) a su grupo familiar? SI NO

V. INFORMACIÓN PARA AFILIACIÓN DE GRUPO FAMILIAR
(Ingresar aquí las personas que desea registrar como sus beneficiarios)
(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la Circular Única Jurídica de la Superintendencia de Subsidio Familiar)

Tipo de Doc Nº de identificación Apellidos y nombres completos Parentesco Cónyuge Cónyuge cuidadora personal Hijo Hijastro Padre/Madre Hno. Huérfano Discapacitado Fecha de nacimiento Fecha expedición doc Género

VI. INFORMACIÓN DE MEDIO DE PAGO (Solo en caso de afiliación de grupo familiar)
(Este campo es obligatorio si el trabajador presenta filiación de beneficiarios hijos, hijastros, hermanos huérfanos y/o padres mayores de 60 años)
Autorizo a COMFACTOR a cancelar el subsidio monetario y/o subsidios girados no cobrados disponibles que registren a mi nombre, a través de una de las siguientes opciones que tiene dispuestas para ello:
(Escriba una sola opción)
(Si escoge la opción billettera digital, se debe anexar certificación del producto con fecha de expedición no mayor a 30 días)
DAVIPLATA (Davivienda) NEQUI (Bancolombia) DALE (Bogotá)
N° Celular: N° Celular: N° Celular:

O a través de Entidad Bancaria Banco Cuenta de Ahorros Cuenta corriente N° de cuenta

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para COMFACTOR, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para informarte todo lo que tenemos para ti.
VII. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
Al diligenciar este formulario autorizo a LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA - COMFACTOR, ubicada en la Carrera 9 No. 12-01 de Montería y con teléfono de contacto 300 9120308, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representantes registrados en este formulario y en sus anexos, incluyendo el consentimiento para tratar datos sensibles y de menores de edad, aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento, para dar cumplimiento a las finalidades de: Afiliación como trabajador a la Caja de Compensación; Afiliación de beneficiarios, cónyuges y/o núcleo familiar en la Caja de Compensación; Vinculación al Sistema de Subsidio Familiar; Verificación y actualización de datos personales; Asignación de subsidio familiar monetario, en especie, apoyo funerario u otros beneficios; Contacto para adelantar gestiones de cobro y/o envío de mensajes informativos y comerciales a través de correo electrónico, correspondencia, llamada telefónica, aplicaciones web y mensajes SMS; y/o demás finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información disponible en www.comfacor.com.co, la cual especifica los datos de carácter sensible. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización. Declaro contar con la autorización para suministrar la información de los titulares de datos referidos en el presente formulario para las finalidades descritas.
Declaro que la información aquí suministrada es cierta, verídica y, que en caso de ser admitida mi solicitud, me comprometo a cumplir con las normas establecidas por la Ley en lo concerniente a lo establecido en el Régimen de Subsidio Familiar y igualmente, autorizo a COMFACTOR para que, por cualquier medio, se verifiquen los datos aquí contenidos y compruebe el cumplimiento de las mismas, si lo estima conveniente. Cualquier falsedad u omisión voluntaria conllevará a la nulidad de esta solicitud. La omisión a este requisito puede generar falsedad documental, investigada penalmente.
Formulario generado a través del sistema de autogestión COMFACTOR A UN CLIC. La autentificación del titular del trámite constituye aceptación y responsabilidad, por tanto no requiere firma manuscrita.
Firma del empleador Firma trabajador Cédula:

VIII. ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE COMFACTOR
Observaciones: Firma y Sello de Radicación Firma y Sello de Digitación
Revisado por: Digitado por: Fecha: Información sujeta a verificación

Motivo de devolución (ver respaldo):
Formularios, formatos o documentos mal diligenciados, ilegales, emendados, repisados o incompletos Documentación incompleta del trabajador Documentación incompleta de beneficiarios Recuerde que para acreditar derecho a subsidio familiar monetario no se reciben documentos parciales

Caja de compensación familiar de Córdoba - Comfactor Nit. 891080005-1 Cra 9 Nº 12-01 Montería www.comfacor.com.co
Visítelos en la web en http://www.comfacor.com.co/subsidio-familiar
Linea nacional gratuita de atención al cliente 01 8000 413 758, Teléfono: 300 912 0308
Para peticiones, quejas y reclamos: www.comfacor.com.co/nórnion BOBS

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO	
1. Diligencie completamente el formulario preferiblemente en letra imprenta o a máquina, sin tachones, enmendaduras, repisados, ni uso de corrector.	
2. Escriba correctamente el número de identificación del trabajador y el NIT del empleador.	
3. Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación este completa, correcta y los soportes requeridos correspondan con los solicitados de acuerdo con la Circular Única Jurídica de la Superintendencia del Subsidio Familiar.	
4. No utilice números romanos en el diligenciamiento del formulario.	
5. Utilice siempre cuatro dígitos para el año y dos para el mes y día.	
6. En caso de quedar información o documentos pendientes debe diligenciar otro formato.	
7. Recuerde que no se deben dejar campos en blanco dentro del formulario.	
8. Pago a través de las billeteras digitales: Escoja cualquiera de los medios de pagos disponibles para el pago de la cuota monetaria; Daviplata (Banco Davivienda), Nequi (Bancolombia) y Dale (Banco de Bogotá). Adicionalmente deberá adjuntar la certificación del producto de su preferencia con fecha de expedición no mayor a 30 días, para billeteras digitales o cuentas bancarias.	

REQUISITOS PARA AFILIAR AL CÓNYUGE CUIDADOR
1. Tener afiliado(a) al beneficiario(a) cónyuge o compañero(a) permanente del(de la) trabajador(a) cotizante.
2. La remuneración mensual fija o variable del(de la) trabajador(a) dependiente afiliado(a) la Caja de Compensación no debe sobrepasar los dos (2) SMMLV.
3. El(la) cónyuge o compañero(a) permanente del trabajador afiliado que realiza actividades de cuidador(a), no debe contar con una fuente formal directa de ingresos y no debe realizar una actividad formal remunerada, para esto deberá presentar la correspondiente declaración juramentada sobre esta condición, firmada tanto por el(la) cónyuge como por el(la) trabajador(a) afiliado(a).
4. Certificación de la EPS, IPS o entidad competente, sobre la situación de discapacidad de la persona en la cual indique de manera expresa que la persona discapacitada requiere asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación, ayuda en la administración de medicamentos.

RECUERDE QUE PARA RECIBIR CUOTA MONETARIA DEBE CUMPLIR LAS SIGUIENTES CONDICIONES
1. Debe ser trabajador permanente que labore un mínimo de 96 horas por mes, con una remuneración mensual igual o inferior al equivalente a cuatro salarios mínimos legales vigentes y tener personas legalmente a cargo. Art. 3 Ley 789/2002
2. Se considerarán personas a cargo únicamente:
- Los hijos, hijastros o hermanos huérfanos de padres menores de 18 años. Para los hijos o hermanos huérfanos mayores de 12 años se requiere adjuntar certificados de estudio. Si son discapacitados deben acreditar dicha condición con el respectivo certificado, que cumpla con los parámetros normativos.
- Los padres mayores de 60 años que dependan económicamente del trabajador y que ninguno de los dos reciba renta, pensión ni salario.
3. Si el trabajador labora en más de una empresa, se tendrá en cuenta la suma de los ingresos recibidos en cada empleo.
4. Se tendrá en cuenta la suma de los ingresos laborales de los dos padres, y en caso de que estos no superen los cuatro salarios mínimos, se pagará cuota monetaria a cada padre por los mismos hijos sobre los que se demuestre el derecho.
5. Si sumados los ingresos laborales del trabajador y su cónyuge no superan los seis salarios mínimos legales vigentes, sólo se pagará cuota monetaria a uno de los padres por los hijos sobre los cuales demuestre el derecho.
6. Si sumados los ingresos laborales de los dos padres superan seis salarios mínimos legales vigentes ninguno podrá recibir cuota monetaria.

Nota: Si se cumple con los anteriores requisitos se debe adjuntar la documentación exigida para cada caso, de acuerdo con la guía de afiliación que se encuentra disponible en nuestra página web y para que la afiliación sea válida, la empresa debe estar afiliada a la Caja de Compensación y el trabajador debe cumplir con todas las condiciones del Régimen del Subsidio Familiar.

AVISO DE PRIVACIDAD
La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CÓRDOBA – COMFACOR, persona Jurídica identificada con Nit. 891080005-1, con domicilio en la Carrera 9 # 12-01 de la ciudad de Montería (Córdoba), se permite informar a todos los titulares de datos personales que llegaren a ser incluidos en nuestras bases de datos:
--> Que el día veintitrés de julio de 2021, mediante la Resolución AEI 185, el AGENTE ESPECIAL DE INTERVENCIÓN de COMFACOR aprobó la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN conforme a la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1074 de 2015.
--> Que la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN es puesta a conocimiento de los titulares de los datos personales objeto de tratamiento, por medio del presente Aviso de Privacidad, el día 25 de agosto de 2021.
--> Que la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN se encuentra publicada en www.comfacor.com.co , donde se podrá consultar el tratamiento de los datos personales, las finalidades del tratamiento, los derechos de titulares de datos y la información sobre el carácter facultativo de la respuesta a preguntas sobre datos sensibles.
--> Que COMFACOR pone a disposición los siguientes canales de atención para el ejercicio de sus derechos como titular de datos personales: Dirección: Carrera 9 No. 12 – 01 Montería (Córdoba), Portal web: www.comfacor.com.co/PQRS , teléfono: 01 8000 413 758 o al Correo: atencionalcliente@comfacor.com.co .

Señor Afiliado, se informa que puede radicar documentos y aclarar cualquier inquietud desde los diferentes Centros Integrales de Servicios (CIS) de Comfacor en los municipios del departamento de Córdoba, la información de estos CIS puede ser consultada desde nuestra página web www.comfacor.com.co

Si requiere mayor orientación en el diligenciamiento del formulario, consultar el link <https://www.comfacor.com.co/servicios/requisitos-para-acceder-al-subsidio-comfacor/>, en la página web de la Caja.

Dirección Sede Principal: Calle 9 # 12 - 01 Barrio Buenavista

Si tienes alguna inquietud puedes comunicarte al Centro de Atención al Cliente (CAC) por los canales:

Telefono: 300 912 0308

Línea gratuita nacional: 01 8000 413 758

Recuerda que debes ingresar a la página web para identificar el caso de tu grupo familiar y conocer documentos anexos para evitar inconvenientes al momento de la actualización de afiliación.

www.comfacor.com.co

- ☑ **Trabajador con cónyuge.**
- ☑ **Trabajador con cónyuge, hijos e hijastros.**
- ☑ **Trabajador separado o soltero con hijos.**
- ☑ **Trabajador con hermanos huérfanos de padres.**
- ☑ **Trabajador con padres mayores de 60 años**
QUE DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DE ÉL