

Afiliación (Ingreso la empresa, cambio de empleador y renovación de contrato)	Ciudad y fecha,	DD	MM	AAAA
Adición (Afiliación de cónyuge y/o beneficiarios)	_____			

A. DATOS DEL EMPLEADOR (ES)

Tipo de identificación					No. Identificación	d.v.	Razón social / Apellidos y nombres
NIT	CC	CE	PA	RC			

B. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de identificación					No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento			Género		Estado civil			
CC	CE	PA	TI	RC						DD	MM	AAAA	M	F	Soltero	Casado	Unión Libre	Viudo
Estudios <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Tecnólogo	<input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Postgrado												

Datos de residencia del trabajador

Vivienda propia SI NO	Dirección	Ciudad/municipio	Departamento	Correo electrónico	Teléfono Fijo y/o celular	Reside Sector Rural SI NO
--------------------------	-----------	------------------	--------------	--------------------	---------------------------	------------------------------

Datos laborales

Tipo de salario		Tipo de actividad / cargo	¿Es trabajador de servicios domésticos?		Número de horas laboradas al mes	Salario mensual	Fecha de ingreso			Tipo contrato		Sector agrario	
Fijo	Variable		SI	NO			DD	MM	AAAA	Fijo	Indefinido	SI	NO

Datos del empleador para el cual trabajó anteriormente

Razón social / Apellidos y nombres	Nit.	Fecha retiro	Mes último aporte
		DD MM AAAA	

C. DATOS DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tipo de identificación					No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento			Género		Ocupación				
CC	CE	PA	TI	RC						DD	MM	AAAA	M	F	Hogar	Empleado	Independiente	Pensionado	Estudiante
Estudios <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Tecnólogo	<input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Postgrado													

SALARIO:

D. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Tipo de identificación					No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento			Género		Parentesco				
CC	CE	PA	TI	RC						DD	MM	AAAA	M	F	Hijo	Hijastro	Padre	Hermano	Discapacidad

Declaro bajo gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a CAFAMAZ para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad se apliquen las sanciones de Ley.

Firma y documento de identidad del trabajador	Firma y sello del empleador	CAFAMAZ USO EXCLUSIVO COORDINACION DE SUBSIDIOS
---	-----------------------------	--

INFORMACION PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DE AFILIACION, ADICION Y/O ACTUALIZACION DE TRABAJADORES

Se entiende salario fijo, salario variable y salario integral en los términos del Código Sustantivo de Trabajo.

Definiciones: Tenga presente las siguientes definiciones:

* Sector agrario: Marque SI si la empresa ejerce actividad en el sector agrario.

Documentos que deben presentar para la afiliación

- Los documentos probatorios que se anexan, deben ser legibles, sin enmendaduras y sin resaltador.
- Una vez diligenciado el formulario adjunte los documentos probatorios y radíquelos en la oficina de subsidios, recuerde llevar copia del formulario para el radicado.

Trabajador:

- Fotocopia del documento de identificación.

Cónyuge:

Fotocopias de:

- Documento de identificación.
- Folio de registro civil o partida eclesiástica de matrimonio del trabajador.

Compañero (a) permanente

- Fotocopia del documento de identificación.
- Original del formato DECLARACION JURAMENTADA disponible en la página web www.cafamaz.com

Hijos e hijastros

Fotocopias de:

- Folio del registro civil de nacimiento
- Documento de identificación de los hijos e hijastros. (Tarjeta de identidad para mayores de 7 años)
- Original del certificado de escolaridad de establecimiento de educación colombiano debidamente aprobado con una intensidad horaria mínima de 20 horas semanales, para los hijos e hijastros entre los 12 a 18 años. Con fecha de expedición no mayor a seis (6) meses.

En caso de hijastros además tener en cuenta estos documentos:

- Acreditación del compañero(a) permanente del trabajador.
- Constancia de convivencia y dependencia económica con el trabajador.

En estos casos diligenciar el formato DECLARACION JURAMENTADA disponible en la página web www.cafamaz.com.

Hermanos huérfanos de padres

Fotocopias de:

- Folio de registro civil de nacimiento del trabajador.
- Folio de registro civil de nacimiento de los hermanos huérfanos de padres.
- Documento de identificación de los hermanos huérfanos de padres.
- Registro civil o partida eclesiástica de defunción de los padres.
- Constancia a través del cual el trabajador manifieste que los hermanos huérfanos de padres, conviven y dependen económicamente de él y que ningún otro hermano los tiene afiliados a CAFAMAZ o a otra Caja de Compensación Familiar. En este caso usar el formato DECLARACION JURAMENTEADA disponible en la página web www.cafamaz.com
- Original del certificado de escolaridad de establecimiento de educación colombiano debidamente aprobado con una intensidad horaria mínima de 20 horas semanales, para los hermanos huérfanos de padres entre los 12 y 18 años. Con fecha de expedición no mayor a seis (6) meses.

Padres

Fotocopias de:

- Folio de registro civil de nacimiento del trabajador en el que conste el nombre de sus padres.
- Certificado de la EPS donde conste el tipo de afiliación.
- Documento de identidad de los padres del trabajador.
- Constancia a través del cual el trabajador manifieste que los padres dependen económicamente de él, que no reciben salario, renta o pensión alguna y que ningún otro hijo los tiene afiliados a CAFAMAZ o a otra Caja de Compensación Familiar. En este caso usar el formato DECLARACION JURAMENTEADA disponible en la página web www.cafamaz.com

Discapacidad

El trabajador beneficiario recibirá doble cuota monetaria del subsidio Familiar por sus hijos, padres y hermanos huérfanos de padres, sin importar su edad, que presenten capacidad física y/o mental disminuida que les impida trabajar. Para ello, el trabajador debe demostrar la convivencia y dependencia económica de la persona a cargo con movilidad reducida, En este caso usar el formato DECLARACION JURAMENTEADA disponible en la página web www.cafamaz.com. Además presentar constancia emitida por una Entidad Promotora de Salud EPS, por una IPS de la red pública de salud (decreto 1355 de 2008 y 4942 de 2009), o por la Junta Regional de Calificación de Invalidez (decreto 2453 del 20 de noviembre de 2001)