

VER INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

NÚMERO RADICACIÓN						FOLIO

1. DATOS DE LA EMPRESA

NIT										SUBNIT		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL																			
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. DATOS DEL TRABAJADOR

C.C. <input type="radio"/>	T.I. <input type="radio"/>	C.E. <input type="radio"/>	NÚMERO	SUCURSAL	RESERVADO CAFAM <input type="radio"/> APROBADO <input type="radio"/> NO APROBADO CAUSAL <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px;"></div> CODIGO CARGO CODIGO CIUDAD
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO		
PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE		
ESTADO CIVIL			FECHA DE NACIMIENTO		
SOLTERO <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> VIUDO <input type="radio"/> SEPARADO <input type="radio"/> U. LIBRE <input type="radio"/>			SEXO M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		
CARGO			FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		
HORAS MES			CIUDAD		
SUELDO BÁSICO			COMISIÓN EN VENTAS		
DOMICILIO DEL TRABAJADOR			E-MAIL		
¿ ES SOCIO O PROPIETARIO DE ESTA EMPRESA ? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			¿ ES TRABAJADOR DEL SECTOR AGRARIO ? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
¿ LABORA EN OTRA EMPRESA ?			NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			NIT SUBNIT		
HORAS MES			COMISIÓN EN VENTAS		
SUELDO BÁSICO					

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERA(O)

C.C. <input type="text"/>	T.I. <input type="text"/>	C.E. <input type="text"/>	NÚMERO										CONVIVEN SI <input type="text"/> NO <input type="text"/>										TIPO DE RELACIÓN CÓNYUGE <input type="text"/> COMPAÑERA(O) <input type="text"/>										RESERVADO CAFAM <input type="text"/> APROBADO <input type="text"/> NO APROBADO CAUSAL <input type="text"/> <input type="text"/>
PRIMER APELLIDO										SEGUNDO APELLIDO																							
PRIMER NOMBRE										SEGUNDO NOMBRE																							
AAAA <input type="text"/> MM <input type="text"/> DD <input type="text"/> FECHA DE NACIMIENTO										OCUPACIÓN HOGAR <input type="text"/> EMPLEADO <input type="text"/> INDEPENDIENTE <input type="text"/> PENSIONADO <input type="text"/> SIN EMPLEO <input type="text"/>																							

4. DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICA(O) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR

C.C.	T.I.	C.E.	NÚMERO										CONVIVEN SI NO										PADRE O MADRE BIOLÓGICA										RESERVADO CAFAM																																																								
																																																		<input type="radio"/> APROBADO																																							
PRIMER APELLIDO																														SEGUNDO APELLIDO																														CAUSAL																													
PRIMER NOMBRE																														SEGUNDO NOMBRE																														COD CIUD																													
AAAA										MM					DD					OCUPACIÓN																																																																					
																				HOGAR EMPLEADO INDEPENDIENTE PENSIONADO SIN EMPLEO																																																																					
FECHA DE NACIMIENTO																																																																																									
DOMICILIO DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICA																														CIUDAD																																																											
SI EL PADRE O MADRE BIOLÓGICA ES EMPLEADO DILIGENCIE :																																																												¿RECIBE SUBSIDIO? SI NO																													
NIT																														NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA																														SUELDO BÁSICO																													

NOTA: Declaramos que la información consignada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar -CAFAM, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 37 de la Ley 21 de 1982, 2o. del Decreto 784 de 1989 y 25 de la Ley 962 de 2005.

FIRMA DEL TRABAJADOR
IDENTIFICACIÓN No.

FIRMA Y SELLO EMPRESA

RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE CAFAM

SELO RECIBIDO CAFAM

SELO REVISADO CAFAM



NOVEDADES DE INSCRIPCIÓN, MODIFICACIÓN Y/O ADICIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM - NIT. 860.013.570-3
SUBDIRECCIÓN PROTECCIÓN SOCIAL - DEPARTAMENTO DE SUBSIDIO

VER INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

NÚMERO RADICACIÓN

FOLIO

1. DATOS DE LA EMPRESA

NIT

SUBNIT

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

C.C. ☐

T.I. ☐

C.E. ☐

NÚMERO

SUCURSAL

5. PERSONAS A CARGO

R.C. ☐

C.C. ☐

T.I. ☐

C.E. ☐

NÚMERO

M

F

SEXO

AAAA

MM

DD

FECHA DE NACIMIENTO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PARENTESCO

DISCAPACITADO

HIJO ☐

HIJASTRO ☐

ADOPTIVO ☐

HERMANO ☐

PADRE ☐

☐

R.C. ☐

C.C. ☐

T.I. ☐

C.E. ☐

NÚMERO

M

F

SEXO

AAAA

MM

DD

FECHA DE NACIMIENTO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PARENTESCO

DISCAPACITADO

HIJO ☐

HIJASTRO ☐

ADOPTIVO ☐

HERMANO ☐

PADRE ☐

☐

R.C. ☐

C.C. ☐

T.I. ☐

C.E. ☐

NÚMERO

M

F

SEXO

AAAA

MM

DD

FECHA DE NACIMIENTO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PARENTESCO

DISCAPACITADO

HIJO ☐

HIJASTRO ☐

ADOPTIVO ☐

HERMANO ☐

PADRE ☐

☐

R.C. ☐

C.C. ☐

T.I. ☐

C.E. ☐

NÚMERO

M

F

SEXO

AAAA

MM

DD

FECHA DE NACIMIENTO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PARENTESCO

DISCAPACITADO

HIJO ☐

HIJASTRO ☐

ADOPTIVO ☐

HERMANO ☐

PADRE ☐

☐

NOTA: Declaramos que la información consignada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar -CAFAM, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 37 de la Ley 21 de 1982, 2o. del Decreto 784 de 1989 y 25 de la Ley 962 de 2005.

FIRMA DEL TRABAJADOR
IDENTIFICACIÓN No.

FIRMA Y SELLO EMPRESA

RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE CAFAM

SELLO RECIBIDO CAFAM

SELLO REVISADO CAFAM