

## 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	IVOINIEIVO	KABIOAGIOIV	1 OLIO						
NIT	SUBNIT NOMBRE O RAZÓN SOCIAL									
2. DATOS DEL TRABAJADOR										
C.C. O T.I. O C.E	. 0			RESERVADO						
0.0. 0 1 0 0	NÚMERO	SU	JCURSAL	CAFAM						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			○ APROBADO						
				O NO APROBADO						
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE MM DD	AAAA	MM DD	CAUSAL						
SOLTERO CASADO	VIUDO SEPARADO U.LIBRE U.LIBRE	M F								
	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO FECHA DE I	NGRESO A LA EMPRESA							
CARGO	HORAS MES SUELDO BÁSICO COMISIÓN EN VENTAS	CIUDAD		CODIGO CODIGO CARGO CIUDAD						
DOMICILIO DEL TRABAJADOR	E-MAIL									
¿ ES SOCIO O PROPIETARIO DE ESTA E		OOR DEL SECTOR AGE	RARIO? SI O NO C	)						
¿ LABORA										
EN OTRA NIT EMPRESA ?	SUBNIT NOMBRE O RAZÓN SOCIAL									
SI O NO O HORAS	MES SUELDO BÁSICO CC	OMISIÓN EN VENTAS								
	3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERA(C									
C.C. O T.I. O C.E. C	CONVIVEN	TIPO DE REL	ACIÓN COMPAÑERA(O)	RESERVADO						
	NÚMERO			CAFAM						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			○ APROBADO						
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			O NO APROBADO						
AAAA . MM . DD OC	CUPACIÓN			CAUSAL						
FECHA DE NACIMIENTO	GGAR EMPLEADO INDEPENDIENTE PENS	IONADO 🔘	SIN EMPLEO (							
SI EL CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ES EMPLEADO DILIGENCIE : ¿RECIBE SUBSIDIO? SI NO										
				2000						
NIT	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA  4. DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICA(O) DE LO	AS HILLOS V INC	SUELDO	BASICO						
	4. DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLOGICA(O) DE LO	JS MIJOS A INS	CKIBIK	RESERVADO						
C.C. O T.I. O C.E. C	NÚMERO SI NO C	PADRE O MAD	RE BIOLÓGICA 🔾	CAFAM						
				○ APROBADO						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			O NO APROBADO						
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			CAUSAL						
FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN HOGAR O EMPLEADO INDEPENDIENTE PENSI	ONADO 🔘	SIN EMPLEO							
				COD CILID						
DOMICILIO DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICA  SI EL PADRE O MADRE BIOLÓGICA ES EMPLEADO DILIGENCIE: ¿RECIBE SUBSIDIO? SI NO										
NIT	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA			O 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, 20. del Decreto 784										
de 1989 y 25 de la Lev 962 de 2005.  RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE CAFAM										
	RESERVA	DO PARA USO	EXCLUSIVO DE (	SAFAW						
FIRMA DEL TRABAJADOR										
IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA Y SELLO EMPRESA SELLO RECIBID	O CAFAM	SELLO REVIS	SADO 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 INSTRU	CCIONES D	DE DILIGENCIAMI	ENTO		NÚMERO E	RADICACIÓN	FOLIO			
1. DATOS DE LA EMPRESA										
NIT		SUBNIT	NOMBRE O RAZÓN SO	CIAL						
2. DATOS DEL TRABAJADOR										
C.C. O T.I. O C.E. O NÚMERO SUCURSAL										
			5. PERSONAS	A CARGO			RESERVADO			
R.C. O	C.C.	NÚMERO		M F SEXO	FECHA DE NAC	M . DD	APROBADO SERVICIOS			
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO	APELLIDO			SUBSIDIO			
PRIMER NOMBRE			SEGUNDO				O NO APROBADO			
PARENTESCO HIJO	HIJASTRO _	ADOPTIVO	HERMANO	PADRE	DISCAPA	ACITADO				
R.C. O	C.C.	NÚMERO		M F SEXO		M . DD	APROBADO O SERVICIOS			
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO				SUBSIDIO			
PRIMER NOMBRE			SEGUNDO				O NO APROBADO			
PARENTESCO HIJO	HIJASTRO _	) ADOPTIVO	HERMANO	PADRE	DISCAF	PACITADO	CAUSAL			
R.C.	c.c. $\bigcirc$			MF	AAAA .	MM . DD	APROBADO () SERVICIOS			
T.I.	C.E.	NÚMERO		SEXO	FECHA DE'I	VACIMIENTO	SUBSIDIO			
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO	APELLIDO			O NO APROBADO			
PRIMER NOMBRE PARENTESCO			SEGUNDO	NOMBRE	DISC	DISCAPACITADO				
нло	HIJASTRO	ADOPTIVO	HERMANO	PADRE						
R.C. O	C.C. (	NÚMERO		M F	AAAA	MM DD DD E NACIMIENTO	APROBADO O SERVICIOS			
PRIMER APELLIDO		I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	SEGUNDO				SUBSIDIO			
PRIMER NOMBRE			SEGUNDO				O NO APROBADO			
PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	) ADOPTIVO	HERMANO (	PADRE	DISC	CAPACITADO	CAUSAL			
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, 20. del Decreto 784 de 1989 y 25 de la Ley 962 de 2005.										
RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE CAFAM										
FIRMA DEL TRABA	JADOR									
IDENTIFICACIÓN N	lo.	FIRMA Y SELLO EMP	RESA	SELLO RECIBID	OO CAFAM	SELLO REV	ISADO CAFAM			

APROBADO: Jefe Dpto Subsidio VERSIÓN: 1

03-10-2006 F: 0653

3804024113