

☒ NUEVA
☐ ACTUALIZACIÓN

NUEVA
ACTUALIZACIÓN

AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR Y SU GRUPO FAMILIAR

importante: *Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro
 *No escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.
 *Adjuntar los documentos comprobatorios legibles, sin enmendaduras.

Datos del Empleador:			
NIT ó Empleador: 891180008	Nombre ó Razon Social del Empleador: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA	Dirección: CALLE 11 NO 5 - 63	Ciudad: NEIVA Teléfono: 8713092

Datos del Trabajador:								
Tipo de identificación:	Número:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Estado Civil:		
Cédula Ciudadanía <input checked="" type="checkbox"/> Tajeta Identidad <input type="checkbox"/> Registro Civil ó NUIP <input type="checkbox"/> Cédula Extranjería <input type="checkbox"/>	1070603434	SANCHEZ	ESPINOSA	CARLOS	JOSE	Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		
Fecha de Nacimiento 11 05 1983	Ciudad de Nacimiento MEDELL?N	Dpto. de Nacimiento Antioquia	F <input type="checkbox"/> Sexo M <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de Salario Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/>	Valor salario mes \$ 800000	Horas trabajadas mes 240	Fecha de ingreso 07 06 2017	Cargo u oficio desempeñado SECRETARIA	Profesión EJERCITO,OFICIALES

Madre Comunitaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dirección residencia	Departamento	Ciudad/Mpio	Zona	Barrio	Tipo de Propiedad	Telefono	E-mail
Jefe Cabeza de Hogar SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CALLE 19 # 20 - 20	Antioquia	MEDELL?N	Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>	MANILA	Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Arrienda <input type="checkbox"/>	302020202	carlosjosesancheze@gmail.com

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)									
NIT.	Razón Social	No. de horas/mes	Salario mes	Afiliado a Caja de Compensacion					
				SI	NO	Cual?			
				SI	NO	Cual?			

Datos grupo familiar que van a afiliarse, incluir cónyuge o compañero(a) permanente												
Identificación								Parentesco		Condición u Ocupación		
Tipo de Documento				Número	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estudia	P. prim S. sec T. tec U. univ
C.C	T.I	R.C o Nuip	C.E						DD MM AAAA	F M	SI NO	
									DD MM AAAA	F M		
									DD MM AAAA	F M		
									DD MM AAAA	F M		
									DD MM AAAA	F M		

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

INFORMACION EXCÓNYUGUE O EXCOMPAÑERO(A) PERMANENTE									
Tipo de Documento		Número	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Fecha de Retiro:
C.C	T.I						DD MM AAAA	F M	
Firma y Sello del empleador			Firma del Trabajador			Número de radicado	Recibido por:	Grabado por:	

Nombre y Cedula de Ciudadania del trabajador: _____ Recibido por: _____ Número de radicado: _____
 NIT o Razón Social del empleador: _____ Fecha de Recibido: _____

CAUSALES DE DEVOLUCIÓN

☐ Fotocopia Cédula del Trabajador ☐ Documento ilegible. Cual? _____ ☐ Empresa Inactiva _____
☐ Fotocopia Cédula del conyugue ☐ Registro Civil. Cual? _____ ☐ Empresa Inactiva _____