

☒ 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: CARRERA 30 A BIS # 21 - 38 Apto. 502 torre b |
| Ciudad: NEIVA | | Teléfono: 8713675 |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|--------------------------------|---|
| 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"/> | 1070618749 | PRIAPE | SEGAPE | PRINOM | SEGNOM | Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> |
| Fecha de Nacimiento 07 05 1980 | Ciudad de Nacimiento NEIVA | Dpto. de Nacimiento Huila | 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 \$ 2222 | Horas trabajadas mes 240 | Fecha de ingreso 08 02 1990 |
| Carga u oficio desempeñado GERENTE | | | | | Profesión MARINA, 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 checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | CALLE 2 # 2 - 2 | Huila | NEIVA | Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> | Acr?polis | Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Arrenda <input type="checkbox"/> | 123456 | prueba@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 | | | | |
| C.C | T.I | R.C o Nuip | C.E | | | | | | DD | MM | AAAA | F | M | |
| | | | | | | | | | 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 | <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula del Trabajador | <input type="checkbox"/> Documento ilegible. Cual? | <input type="checkbox"/> Empresa Inactiva | |
| DEVOLUCIÓN | <input type="checkbox"/> Fotocopia Cédula del conyugue | <input type="checkbox"/> Registro Civil. Cúal? | <input type="checkbox"/> Empresa Inactiva | |