

☒ 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 12 # 12 - 12	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"/>	222	SUAREZ	CABRERA	JEISON	J	Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>
Registro Civil ó NUIP <input type="checkbox"/> Cédula Extranjería <input type="checkbox"/>						Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento	Ciudad de Nacimiento	Dpto. de Nacimiento	F <input type="checkbox"/> Sexo M <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de Salario	Valor salario mes	Horas trabajadas mes
26 09 1991	NEIVA	Huila	Fijo <input type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/>	\$ 5555	240	Fecha de ingreso
						11 05 2017
Carga u oficio desempeñado		Profesión				
GERENTE		DIRECTOR DE EMPR..				

Madre Comunitaria	Dirección residencia	Departamento	Ciudad/Mpio	Zona	Barrio	Tipo de Propiedad	Telefono	E-mail
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CALLE 1 # 1 - 1	Huila	NEIVA	Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>	EL CENTRO	Propia <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrienda <input type="checkbox"/>	333	felixfayad@gmail.com
Jefe Cabeza de Hogar								
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								

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	
C.C	T.I	R.C o Nuip	C.E																		

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