

☒ 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"/> | 0000 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> | | |
| Fecha de Nacimiento 01 01 1950 | Ciudad de Nacimiento ACEVEDO | 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 \$ 6666 | Horas trabajadas mes 240 | Fecha de ingreso 07 06 2017 | Cargo u oficio desempeñado Abogado Especialista Sector.. | Profesión AVIACION, SUB OF.. |

| | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---------------------|--------------------|---|-----------------|---|-----------------|------------------|
| 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 11 # 111 - 1 | Huila | ALGECIRAS | Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> | VILLA DEL PRADO | Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Arrenda <input type="checkbox"/> | 111111 | 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 afiliir, incluir cónyugue 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 DEVOLUCIÓN

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