



Afilación Trabajador



I. TIPO DE NOVEDAD

INSCRIPCION DEL TRABAJADOR <input checked="" type="checkbox"/>	AUMENTO DE PERSONAS A CARGO <input type="checkbox"/>	TRASPASO DE REINTEGRO <input type="checkbox"/>
--	--	--

II. DATOS DEL EMPLEADOR

N DE IDENTIFICACION 010039	NOMBRES Y APELLIDOS ABELLO VIDAL LTDA ARQUIT IN
-------------------------------	--

III. DATOS DEL TRABAJADOR

TIPOS DE DOCUMENTOS C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/>	N. DE IDENTIFICACION 1070599315	PRIMER APELLIDO DASDASDASDA	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE JUGFJCKL
FECHA DE NACIMIENTO AÑO 1990 MES 07 DIA 04	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL CASADO <input type="checkbox"/> UNI. LBR. <input type="checkbox"/> SOLT. <input checked="" type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVOR. <input type="checkbox"/>		
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA AÑO 2014 MES 09 DIA 08	TIPO DE CONTRATO FIJO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/>	JORNADA DE TRABAJO MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/>		
NIVEL EDUCATIVO SIN ESTUDIO <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> UNIERSITARIA <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> CUAL ?	SALARIO BASICO 99876555			
DIRECCION RESIDENCIA MASNSODFNDON	TELEFONO 23423423432	CELULAR 23423423432		
E.MAIL asummerhotmailcom	MUNICIPIO 25307			
SECTOR RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/>	CAPACIDAD DE TRABAJO NORMAL <input type="checkbox"/> DISCAPACITADO <input type="checkbox"/>			
TIPO DE VIVIENDA FAMILIAR <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> HIPOTECA <input type="checkbox"/>				

IV. DATOS DEL CONYUGE O COMPANERO(A)

TIPOS DE DOCUMENTOS C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/>	N. DE IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
DIRECCION	EMAIL			TELEFONO
FECHA DE NACIMIENTO AÑO 2014 MES 11 DIA 11	INDEPENDIENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TRABAJA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESTUDIOS NINGUNO <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>	

DECLARO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES CIERTA Y QUE EN CASO DE SER ADMITIDO MI SOLICITUD, ME COMPROMETO A CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA LEY EN LO CONCERNIENTE A SUBSIDIO FAMILIAR Y EL PAGO OPORTUNO DE LOS APORTES PARAFISCALES

Representante Legal

Firma y Sello Empresa