

☒ 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"/>	36300177	CACHAYA	CAMPOS	MARIA	GORETTY	Soltero <input type="checkbox"/> Unión Libre <input checked="" 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 25 11 1979	Ciudad de Nacimiento NEIVA	Dpto. de Nacimiento Huila	F <input checked="" type="checkbox"/> Sexo M <input type="checkbox"/>	Tipo de Salario Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/>	Valor salario mes \$ 1000000	Horas trabajadas mes 240
Fecha de ingreso 01 05 2017		Cargo u oficio desempeñado INGENIERO DE SOPORTE		Profesión TECNICO EN ALIME..		

Madre Comunitaria SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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"/>	CARRERA 30 BIS # 12 - 38 TORRE B APTO.203	Huila	NEIVA	Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input checked="" type="checkbox"/>	Calamar?	Propia <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrienda <input type="checkbox"/>	8705976	consultaenlinea@comfamiliarhuila.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														

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 _____