

☒ 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 # 28 - 31 TORRE B APTO 101
Ciudad: NEIVA		Teléfono: 8715957

Datos del Trabajador:						
Tipo de identificación:	Número:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Estado Civil:
Cédula Ciudadanía <input type="checkbox"/> Tarjeta Identidad <input checked="" type="checkbox"/>	41211588	SARA	VALENTINA	GUTIERREZ	SALAS	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 checked="" type="checkbox"/> Sexo M <input type="checkbox"/>	Tipo de Salario	Valor salario mes	Horas trabajadas mes
01 02 2002	BITUIMA	Cundinamarca	Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Variable <input type="checkbox"/>		\$ 1000000	240
Fecha de ingreso		Cargo u oficio desempeñado	Profesión			
09 05 2017		Administrador AUXILIAR DE EDUCACION (ENCARGADO DE C				

Madre Comunitaria	Dirección residencia	Departamento	Ciudad/Mpio	Zona	Barrio	Tipo de Propiedad	Telefono	E-mail
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CALLE 24 # 12 - 23	Huila	GIGANTE	Rural <input checked="" type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>	LA PAZ	Propia <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrenda <input type="checkbox"/>	8716582	consultaenlinea@comfamiliarhuila.com
Jefe Cabeza de Hogar								
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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
C.C	T.I	R.C o Nuiip	C.E						DD MM AAAA	F M	SI NO
									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 _____