Datos Afiliado

Tipo Afiliado	**Independiente**			
Tipo Identificación	Cedula de Ciudadania	**Nro. Identificación**	79783072	
Apellido(s) y Nombre(s)	CHACON	OLARTE	CARLOS	
Dirección	KR 5 A 164 15			
E-mail	JJPRINGENIERO@YAHOO.COM.MX	**Teléfonos**		
Estado	**Vigente**			
Estado Civil	Soltero			
Categoria Salarial	A			
Fecha Afiliación	2019-02-13	**Fecha de Ingreso**		
Recibe Subs?	No	**Número de Subsidios Afiliado**	0	
Fecha Retiro	0			

Datos Empresa

NIT				
Estado Empresa				
Porcentaje Aporte	0.6%			

Datos Conyuge

Tipo Identificación		**Identificación**		
Nombres				

PERSONAS A CARGO

TipoId.	Nro Id.	Nombres	Parentesco	Fc. Nac.	Edad	Discapacidad

Nueva Consulta

Datos Afiliado

Tipo Afiliado	**Independiente**			
Tipo Identificación	Cedula de Ciudadania	**Nro. Identificación**	19209114	
Apellido(s) y Nombre(s)	OLARTE		JOSE	ANGEL
Dirección	CL 13 30 02 42 T B A 301			
E-mail	JJPRINGENIERO@YAHOO.COM.MX	**Teléfonos**		
Estado	**Vigente**			
Estado Civil	Soltero			
Categoria Salarial	A			
Fecha Afiliación	2019-02-13	**Fecha de Ingreso**		
Recibe Subs?	No	**Número de Subsidios Afiliado**	0	
Fecha Retiro	0			

Datos Empresa

NIT				
Estado Empresa				
Porcentaje Aporte	0.6%			

Datos Conyuge

Tipo Identificación		**Identificación**		
Nombres				

PERSONAS A CARGO

TipoId.	Nro Id.	Nombres	Parentesco	Fc. Nac.	Edad	Discapacidad

Datos Afiliado

Tipo Afiliado	**Independiente**			
Tipo Identificación	Cedula de Ciudadania	**Nro. Identificación**	19417314	
Apellido(s) y Nombre(s)	RINCON	TORRES	LUIS	GABRIEL
Dirección	KR 69 PI 65 28			
E-mail	JJPRINGENIERO@YAHOO.COM.MX	**Teléfonos**	3290057	
Estado	**Vigente**			
Estado Civil	Soltero			
Categoria Salarial	A			
Fecha Afiliación	2019-02-13	**Fecha de Ingreso**		
Recibe Subs?	No	**Número de Subsidios Afiliado**	0	
Fecha Retiro	0			

Datos Empresa

NIT				
Estado Empresa				
Porcentaje Aporte	0.6%			

Datos Conyuge

Tipo Identificación		**Identificación**		
Nombres				

PERSONAS A CARGO

TipoId.	Nro Id.	Nombres	Parentesco	Fc. Nac.	Edad	Discapacidad

Datos Afiliado

Tipo Afiliado	**Independiente**			
Tipo Identificación	Cedula de Ciudadania	**Nro. Identificación**	1045743205	
Apellido(s) y Nombre(s)	RIVERA	ALZATE	JUAN	ESTEBAN
Dirección	DG 98 9 A 11 ESTE			
E-mail	JJPRINGENIERO@YAHOO.COM.MX	**Teléfonos**		
Estado	**Vigente**			
Estado Civil	Soltero			
Categoria Salarial	A			
Fecha Afiliación	2019-02-13	**Fecha de Ingreso**		
Recibe Subs?	No	**Número de Subsidios Afiliado**	0	
Fecha Retiro	0			

Datos Empresa

NIT				
Estado Empresa				
Porcentaje Aporte	0.6%			

Datos Conyuge

Tipo Identificación		**Identificación**		
Nombres				

PERSONAS A CARGO

TipoId.	Nro Id.	Nombres	Parentesco	Fc. Nac.	Edad	Discapacidad

INSCRIPCIÓN INDEPENDIENTE

Cafam INDE
BOGOTA
CF FLORESTA
25/02/2019
14:08:49

No. RADICACIÓN

DATOS DE LA ENTIDAD ASOCIATIVA

TIPO | Y | No. IDENTIFICACIÓN | D.V. | NOMBRE O RA

DATOS PERSONALES

TIPO	No. IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
CC	1061047033	PALACIO	RIVERA	DIEGO	ARMANDO	19/04/1990	M

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
CRA 78B N° 41-03 SUR	BOGOTA		3145411391	diego_walter_jc@hotmail.com

DATOS ESPECIFICOS

VALOR DEL INGRESO	SITIO DONDE EL COTIZANTE REALIZARÁ SUS ACTIVIDADES	TIPO DE ACTIVIDAD QUE DESARROLLARÁ EL COTIZANTE	PORCENTA
828116	CRA 7 ESTE N 5-63	AUXILIAR DE OFICINA CIVIL	0,6

ESPACIO RESERVADO PARA CAFAM — APROBADO SI NO — CAUSALES DE DESAPRO

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

TIPO	Y	No. IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
							DDMMAAAA

ESPACIO RESERVADO PARA CAFAM — APROBADO SI NO — CAUSALES DE DESAPRO

DATOS DE PERSONAS A CARGO

TIPO	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE(S) COMPLETO(S) DE LAS PERSONAS A CARGO				SEXO M/F	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO				CON DISCAPACIDAD	ESPACIO RESERVADO PARA CAFAM	
		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			HIJO 1	HIJASTRO 2	PADRE 3	HERMANO 4		APROBADO PARA SERVICIOS	CAUSALES DESAPROB. (VER ANEXO)
							DDMMAAAA							
							DDMMAAAA							
							DDMMAAAA							
							DDMMAAAA							

SI ALGUNO DE LOS HIJOS NO ES DE LA CÓNYUGE REGISTRADA DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS DE LA MADRE/PADRE BIOLÓGICO

	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

OBSERVACIONES

ESPACIO

REGIST
- CERTIFICACIÓ DE CALIFICA
- REGISTRO CI
- REGISTRO CI
- FOTOCOPIA D
- FOTOCOPIA D
- PAZ Y SALVO
- CERTIFICACIÓ
- CUSTODIA LE
- CARTA NO A
- OTROS

DECLARACIÓN JURADA

Bajo la gravedad de juramento declaro que la información registrada en este formulario ha sido examinada por mi y que contiene una verdadera y completa relación de los hijos, cónyuge o compañero(a), padres o hermanos. Me comprometo a pagar el ____ % del valor de mi ingreso mensual a Cafam, dentro del plazo establecido en la resolución 1670 del 17 de mayo del 2007 como aporte. Acepto que mi afiliación no me da derecho al pago de subsidio familiar en dinero.

FIRMA DEL INDEPENDIENTE | 1061047033 DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Victoria cafs DE | FIRMA DE LA ENTIDAD | CIUDAD | D M A FECHA

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES:
Autorizo en los términos de la Ley 1581 de 2012 de manera libre, previa y voluntaria a la Caja de Compensación Familiar Cafam, para el tratamiento de mis datos personales y los de mi grupo familiar suministrados a través de este formulario, como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión, para las finalidades mencionadas en las **POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE CAFAM** (Norma Corporativa DA009 de 2013) que me permitan recibir información sobre los Servicios Sociales y Programas de Cafam y sus empresas aliadas.