comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente: Agrupación	Sucursal
X NIT / CC / CE / PA / RC / TI	901243301		VIALCO INGENIERIA SAS	3197789609		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CC / CE / PA / RC / TI	70908999	ALVAREZ	RESTREPO	JOSE	RAUL	X 2 3 4 5	19 11 83	X F M

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Vereda Belén Marinilla finca 160	ANTIOQUIA	MARINILLA		3112638202	

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Sector Agrario
X 1 2 3	$1160000	08	240	X 1 2	26 07 23	ALFORADORES	SI / NO X

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 de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC / CE / PA / RC / TI						F M	DD MM AAAA	1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD	MM	AAAA	Género Femenino	Masculino	Parentesco Hijo	Hijastro	Padre/Madre	Hermano huérfano	Discapacidad	Nivel Educativo* Primaria	Bachillerato	Técnico	Tecnólogo	Universitario	ETDH	Nombre de la Institución educativa	NIT Institución educativa
CC / CE / PA / RC / TI																							

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria que pudiese recibir mensualmente en la siguiente cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐ Número: TA. 100213.5045 De la entidad financiera:

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no lo hará a empleadores. Además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la pagina web Comfama http://www.comfama.com/.

Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

comfama Sede Ciudad del Río

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de devuelto en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
	Jose Alvarez.	26 JUL 2023	0	

Cod. 108 - V11

Transacción:

Recibido

- Original (Comfama) - cadena s.a. VIGILADO SUPERSUBSIDIO