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	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	1007461263	GARCIA	ARIAS	JARLA	LAYA GIOVANNA	X 2 3 4 5	05 11 03	X M

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Calle 17 #25 -93 vereda la esperanza	ANTIOQUIA	MARINILLA		3146848876	

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
X1 2 3	$1160000	08	240	X 1 2	26 07 23	ALFORADORES	SI / NO

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 Compensación
				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

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: TK. 1002135288 De la entidad financiera:

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no lo hará a intermediarios, 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.

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
		comfama Sede Ciudad del Río 26 JUL 2023 09		

Cod. 108 - V11

Transacción:

Recibido

- Original (Comfama) - Cadena s.a. VIGILADO