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 NI / 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	1054918560	CORRALES	VELEZ	MARISOL	DEL SOCORRO	X 1 2 3 4 5	02 07 88	X F M

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 55 b # 25-07	ANTIOQUIA	MEDELLIN		3194563447	

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/ot	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

TR 1002135045

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

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no lo harán pignorado, 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
		26 JUL 2023 09		

Cod. 108 - V11

Transacción: _____

Recibido

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