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	1007542298	GORDILLO	PEDREROS	HERNAN	DARIO	1 2 3 4 5	05 08 03 AAAA	F X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
cr 36ª #18_31 Ciudadela Real La Dalia	ANTIOQUIA	MARINILLA		3209938956	

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 2 3	$ 1160000	08	240	X 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 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	Género: 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. 1002135045 De la entidad financiera:

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no lo tengan 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 radicado en Comfama	Sello de devuelto en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
	Hernan Gordillo	26 JUL 2023 09		

Cod. 108 - V11

- Original (Comfama) -

VIGILADO SUPERSOLIDARIA Cadena S.A.

Transacción:

Recibido