# 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 | 1005101432 | HENAO | TORO | MAICOL | ESTIBEN | 1 2 3 4 5 | 27 08 03 | F X |

## Datos de residencia del trabajador dependiente

| Dirección | Departamento | Ciudad/Municipio | Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|---|---|
| Cra 43 # 29-08 Bariloche | ANTIOQUIA | MARINILLA | | 3016217400 | |

## 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 | X1 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 | Género | Parentesco | Discapacidad | Nivel Educativo* | Nombre de la Institución educativa | NIT Institución educativa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC CE PA RC TI | | | | | | DD MM AAAA | Femenino Masculino | Hijo Hijastro Padre/Madre Hermano hastro | | Primaria Bachillerato Técnico Tecnólogo Universitario ETDH | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

## 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: _____ De la entidad financiera: _____

Bk. 1002135045

**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.**

| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | Maicol Henao | comfama Sede Ciudad del Río 26 JUL 2023 09 | | |

Cod. 108 - V11

- Original (Comfama) -

VIGILADO Supersubsidio Cadena s.a.

Transacción: _____

Recibido