

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO										Código PAS-SCM-F-1	
SISTEMA DE GESTIÓN										Versión 8	
FORMULARIO PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PERSONAS A CARGO										Fecha de Aprobación 28/04/2022	
DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANULELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA Y LEA LOS REQUISITOS AL RESPALDO											
Madre Comunitaria SI ☐ NO ☐ Veterano/Fuerza Pública ☐ Trabajador de Servicio Doméstico ☐											
MARQUE CON UNA X (Uso exclusivo Comfamiliar de Nariño) Afiliación por primera vez ☒ Cambio de Empresa ☐ Auxilio por Muerte de Trabajador ☐ Adición de personas a cargo ☐ Reingreso a la Empresa ☐ Auxilio por Muerte de Beneficiario ☐											
DATOS DE LA EMPRESA											
NIT 890323 239		Razón Social de la Empresa Summar Temporales, C.A. 26-19-07				Dirección Páramo		Teléfono		Ciudad Restrepo	
DATOS DEL TRABAJADOR											
Número de Identificación 1114734467		Tipo de Identificación TI ☐ CC ☒ CE ☐ PA ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐		Fecha de Expedición 210		Día 04		Mes 10		Año 11	
Primer Apellido Restrepo		Segundo Apellido Rios		Primer Nombre Angela		Segundo Nombre Maria					
Barrio Villanova		Dirección de Residencia Cra 41 # 25-50		Ciudad Restrepo		Teléfono Fijo o Celular 327914862		Correo Electrónico angelarestrepo63@gmail.com			
Fecha de Nacimiento 17/12/1995		Ciudad de Nacimiento Cali		Nacionalidad Colombiana		Sector Urbano ☐ Rural ☐		Capacidad Laboral Normal ☒ Discapacidad ☐		No de horas/mes 240	
Estado Civil Soltero ☒ Casado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐ Divorciado ☐		Cabeza de Hogar SI ☐ No ☒		Vivienda Familiar ☐ Propia ☐ Arriendo ☐ Hipoteca ☐		Ocupación		Orientación Sexual Heterosexual ☒ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Información No Disponible ☐			
Etnia Afrocolombiano ☐ Indígena ☐ Ninguna de las anteriores ☒		Comunidad negra ☐ Palenquero ☐ Desmovilizado ☐ Población zona de frontera ☐ Hijos de madres cabeza de ☐		Reinsertado ☐ Hijos de desmovilizados ☐ Víctima de Conflicto Armado ☐ No aplica ☒		Dannificado ☐ Desplazado ☐ En condición de discapacidad ☐		Fecha de ingreso a la Empresa 17/04/2013			
AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a COMFAMILIAR NARIÑO a dar tratamiento de mis datos personales (yo de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aún conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfamiliarnariño.com. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que provee en este medio, que entregará sus datos a COMFAMILIAR NARIÑO y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.											
DATOS DEL CONYUGUE O COMPAÑERO (A)											
Número de Identificación		Tipo de Identificación		Fecha de Expedición		Día		Mes		Año	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Teléfono Fijo o Celular		Ciudad de Nacimiento	
Fecha de Nacimiento		Sexo		Estado Civil		Salario		Correo Electrónico			
Nivel de Educación		Capacidad Laboral		Recibe Subsidio Familiar		Afiliación a esta u otra Caja de Compensación Familiar					
DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)											
Número de Identificación 1114732301		Tipo de Identificación		Fecha de Expedición 11/03/2011		Día 11		Mes 03		Año 11	
Primer Apellido Enríquez		Segundo Apellido Mercedes		Primer Nombre Luis		Segundo Nombre Wilgael		Teléfono Fijo o Celular		Ciudad de Nacimiento	
Fecha de Nacimiento 09/03/1993		Sexo M ☒ F ☐ OTRO ☐		Estado Civil Casado ☐ Unión Libre ☐ Divorciado ☐		Salario		Correo Electrónico			
Nivel de Educación		Capacidad Laboral		Recibe Subsidio Familiar		Afiliación a esta u otra Caja de Compensación Familiar					
PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		TIPO DE DOCUMENTO	
González Restrepo		Silvane				MASCULINO ☒ FEMENINO ☐ OTRO ☐		Día 10		Mes 08	
								Año 12		RC ☒ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ PEP ☐ PPT ☐	
										NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1114731062	
										FECHA DE EXPEDICIÓN 23/03/19	
										PARENTESCO	
										HIJOS ☐ PADRES ☐ HERMANOS ☐ HIJASTROS ☐ NENES ☐ DISCAPACITADO ☐	
Abreviatura Tipo de Documento: Registro Civil RC-Tarjeta de Identidad TI-Cedula de Ciudadanía CC-Cedula de Extranjería CE-Pasaporte PA-Permiso Especial de Permanencia PEP-Permiso por Protección Temporal PPT-Permiso por Protección Temporal PR-Permiso por Protección Temporal											
DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE ESTE FORMULARIO HA SIDO EXAMINADO POR MI Y TODOS LOS DATOS QUE A MI SE REFIEREN SON EXACTOS Y CORRESPONDEN A LA VERDAD											
*Angela Maria Restrepo						Danyana GARCIA					
Firma Original del Trabajador No. de Identificación						Firma Original del Empleador o Responsable					
OBSERVACIONES EXCLUSIVO PARA COMFAMILIAR DE NARIÑO						ESPACIO PARA NOTA Y SELLO EXCLUSIVO PARA COMFAMILIAR DE NARIÑO					
						COORDINACIÓN SUBSIDIO					
						19 ABR 2022					
						21 ABR 2022					
PARA CUALQUIER RECLAMO, SIN EXCEPCION, FAVOR PRESENTAR COPIA DE ESTE FORMATO DEBIDAMENTE SELLADO											
NOTA IMPORTANTE: Reclamo su Tarjeta Preferencial para obtener los servicios que presta COMFAMILIAR DE NARIÑO											
ORIGINAL: COMFAMILIAR DE NARIÑO											

PROCESOS-BPO
TEMPORALES
INSUMOS