

 CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO SISTEMA DE GESTIÓN FORMULARIO PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PERSONAS A CARGO		Código PAS-SCM-F-1 Versión 8 Fecha de Aprobación 28/04/2022
DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS 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 Confamiliar de Nariño) Afiliación por primera vez ☐ Cambio de Empresa ☒ Auxilio por Muerte de Trabajador ☐ Adición de personas a cargo ☐ Reintegró a la Empresa ☐ Auxilio por Muerte de Beneficiario ☐		
DATOS DE LA EMPRESA		
NIT 890323239-9	Razón Social de la Empresa Summar Temporales SAS	Dirección Cra 26 No 19 07
		Teléfono 7374006
		Ciudad Pasto
DATOS DEL TRABAJADOR		
Número de Identificación 1085258104		Fecha de Expedición 26/08/2025
Tipo de Identificación TI ☐ CC ☒ CE ☐ PA ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐		
Primer Apellido enciso		Segundo Apellido LOPEZ
Primer Nombre JOSE		Segundo Nombre DAVID
Barrio CENICIENTO		Dirección de Residencia Cra 26 No 19 07
Ciudad de Nacimiento Pasto		Nacionalidad Col
Fecha de Nacimiento 22/12/1986		Salario Fijo o Promedio (Básico más Comisiones) \$ 1100000
Estado Civil Soltero ☒ Casado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐ Divorciado ☐		Cabeza de Hogar SI ☐ NO ☐
Etnia Afrocolombiano ☐ Indígena ☐ Ninguna de las anteriores ☒		Comunidad negra ☐ Palenquero ☐
Vivienda Familiar ☐ Propia ☐ Arriendo ☐ Hipoteca ☐		Ocupación Normal ☐ Discapacidad ☐
Factores de Vulnerabilidad Reinsertado ☐ Hijos de desmovilizados ☐ Víctima de Conflicto Armado ☐		Desplazado ☐ En condición de discapacidad ☐
Orientación Sexual Heterosexual ☒ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Información No Disponible ☐		Fecha de Ingreso a la Empresa Día Mes Año
AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a CONFAMILIAR 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.confamiliarnariño.com . Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregará sus datos a CONFAMILIAR 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 CONYUGE O COMPAÑERO (A)		
Número de Identificación		Fecha de Expedición
Tipo de Identificación TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐		
Primer Apellido		Segundo Apellido
Primer Nombre		Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento		Salario
Sexo M ☐ F ☐ OTRO ☐		Correo Electrónico
Estado Civil Casado ☐ Unión Libre ☐		
Nivel de Educación Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Postgrados ☐		Capacidad Laboral Normal ☐ Discapacidad ☐
Recibe Subsidio Familiar SI ☐ NO ☐		Afiliación a esta u otra Caja de Compensación Familiar
DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)		
Número de Identificación		Fecha de Expedición
Tipo de Identificación TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ PEP ☐ PPT ☐ VISA ☐		
Primer Apellido		Segundo Apellido
Primer Nombre		Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento		Salario
Sexo M ☐ F ☐ OTRO ☐		Correo Electrónico
Estado Civil Casado ☐ Unión Libre ☐		
Nivel de Educación Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Postgrados ☐		Capacidad Laboral Normal ☐ Discapacidad ☐
Recibe Subsidio Familiar SI ☐ NO ☐		Afiliación a esta u otra Caja de Compensación Familiar
PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
SEXO MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ OTRO ☐	FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	TIPO DE DOCUMENTO RC TI CC CE PA PEP PPT
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN Día Mes Año	PARENTESCO HIJOS PADRES HERMANOS
		CAPAC. 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 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.		
Firma Original del Trabajador No. de Identificación JOSE DAVID ENCISO 1085258104		Firma Original del Empleador o Responsable Danyana Cruz
OBSERVACIONES EXCLUSIVO PARA CONFAMILIAR DE NARIÑO		ESPACIO PARA NOTA Y SELLO EXCLUSIVO PARA CONFAMILIAR DE NARIÑO
		COORDINACIÓN SUBSIDIO 19 ABR 2023 21 ABR 2023
PARA CUALQUIER RECLAMO, SIN EXCEPCION, FAVOR PRESENTAR COPIA DE ESTE FORMATO DEBIDAMENTE SELLADO NOTA IMPORTANTE: Reclame su Tarjeta Preferencial por el servicio que presta CONFAMILIAR DE NARIÑO ORIGINAL: CONFAMILIAR DE NARIÑO		

PROCESOS-UP
TEMPORALES
INSUMOS