Familiarmente nuestra
ComfaCasanare
Caja de Compensación Familiar de Casanare

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso

- [ ] Inscripción del trabajador
- [ ] Modificación
- [ ] Traslado
- [ ] Reintegro en el mismo mes Si [ ] NO [ ]

Indique última fecha de retiro: AÑO MES DÍA

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: [X] C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. — 1.118.775.206
Lugar y fecha de expedición:
Sexo: [X]
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: RAMIREZ
Segundo apellido: CEIJA
Nombres: DUVAN ALFREDO
Fecha de Nacimiento: 1992 03 17
Teléfono: 3144867401
Dirección Residencia: CRA-10-N°-1-28
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: [ ] Casado(a) [ ] Soltero(a) [ ] Separado(a) [X] Unión libre [ ] Divorciado(a) [ ] Viudo(a)

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
San Luis Palenque	2025 01 18		INSPECTOR DE OBRA	2.288.000.

Tipo de contrato: Obra Labor — Administrar Recursos Públicos [Si] [NO] — Servidor Público [Si] [NO] — Nivel Escolaridad: profesional
Profesión: — Presenta Discapacidad alguna [Si] [NO] — Tipo de Discapacidad:
En caso de cambio en el No. De identificación, escriba al anterior:

SI EL TRABAJADOR LABORA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA EMPRESA REGISTRE AQUÍ.	SUELDO BÁSICO

VIVIENDA: [ ] No tiene [ ] Propia [X] Arrendada [ ] Hipoteca

ORIENTACIÓN SEXUAL: [X] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

- [ ] Desplazado
- [ ] Víctima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Hijo(a) de madres cabezas de familia
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Población zonas frontera (Nacionales)
- [ ] Población migrante
- [ ] Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [X] No aplica

Pertenencia étnica

- [ ] Afrocolombiano
- [ ] Comunidad negra
- [ ] Indigena palenquero
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andres
- [ ] Providencia y santa catalina
- [ ] Room /Gitano
- [X] No aplica

2. DATOS DEL EMPLEADOR (DILIGENCIE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CONSORCIO INTEL
CONSORCIO INTER OKOPA2-2024
Teléfono: 3214466856

NIT, C.C. o C.E.: 901.900.857-5
Dependencia:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adicion Nombres:
Fecha de Nacimiento:
Recibe subsidio: SI [ ] NO [ ]
Retiro Tipo y número de identificación: [ ] C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C.

DOCUMENTO PENDIENTE	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONÓMICA	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO(A)	SUELDO BÁSICO

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, Duvan Alfredo Ramirez CEIJA, Identificado con cédula de ciudadanía No. 1118775206 expedida en _____, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y lo reglamentado en el Decreto 1377 de 2013.

Duvan Ramirez
Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Duvan Ramirez
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No 1.118.775.206

DIANA PAOLA RAMIREZ
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!
04 FEB 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL

La información de este formato está sujeta a verificacion

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.
Recuerde que es deber de la empresa y el trabajador actualizar la información del grupo familiar.
Al respaldo encontrará recomendaciones, instructivo y causales de no aceptación.
Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar.
Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

VIGILADO SuperSubsidio