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
☐ Reintregro en el mismo mes Si ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: DD MM AAAA

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] — 1.118.545.553.
Lugar y fecha de expedición:
Sexo: M [X] F [ ]
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: PONARE
Segundo apellido: UMEJE.
Nombres: JHON.
Fecha de Nacimiento: 1990 10 06
Teléfono: 310.5448236.
Dirección Residencia: CARRERA 29 N°-26-04
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ☒ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

CUIDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
Yopal	2025 01 18		PROFESIONAL DE APOYO	1.423.500.

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 ☒ Arrendada ☐ Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: ☒ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual

Factor de Vulnerabilidad

☐ Desplazado	☐ Victima 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	☒ No aplica

Pertenencia étnica

☐ Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano ☒ No aplica

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
CONSORCIO INTERORO PAZ - 2024	3214466856

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

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido:
Segundo apellido:
Adición ☐ Nombres:
Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA
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, Jhon Ponare Umeje, identificado con cédula de ciudadanía No. 1118.545.553 expedida en _____, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, 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.

Jhon Ponare Umeje
Firma

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

Jhon Ponare Umeje
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No. 1.118.545.553

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

VIGILADO SuperSubsidio

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.