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: [ ] [ ] [ ]

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación [C.C.] [T.I.] [C.E.] [R.C.] 1.006.460.692

Lugar y fecha de expedición

Sexo [X]

CAUSAL NO ACEPTACIÓN

Primer apellido: MENESES

Segundo apellido: ROA

Nombres: OSCAR FABIAN

Fecha de Nacimiento: 2000 09 18

Teléfono: 3212074982

Dirección Residencia: CALLE 6 N°6-12

BARRIO

Correo Electrónico

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

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
SABANALARGA	2025 01 18		PROFESIONAL DE APOYO	2288.000

Tipo de contrato OBRA LABOR. Administrar Recursos Públicos [SI] [NO] Servidor Público [SI] [NO] Nivel Escolaridad

Profesión Presenta Discapacidad alguna [SI] [NO] Tipo de Discapacidad PROFESIONAL.

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
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Población migrante
- [ ] Victima del conflicto armado (NO DESPLAZADO)
- [ ] Hijo(a) de madres cabezas de familia
- [ ] Hijo(a) de desmovilizados o reinsertado
- [ ] Desmovilizado o reinsertado
- [ ] En condición de discapacidad
- [ ] Ejercicio del trabajo sexual
- [ ] Damnificado desastre natural
- [ ] Población zonas frontera (Nacionales)
- [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 INTEROROPA2-2024

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

Adición 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, Oscar Fabian Meneses Roa, identificado con cédula de ciudadanía No. 1006460692 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.

Oscar Meneses
Firma

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

Oscar Meneses.
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No. 1006460692

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