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 CO-SC-1

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

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

74.849.176

Primer apellido: CASTILLO — Segundo apellido: TOVAR.

Nombres: WILFREDO — Fecha de Nacimiento: 1977 12 05 — Teléfono: 3124901757

Dirección Residencia: CALLE 40 N°- 17-24 — 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
OROCUE.	2025 01 18		Ingeniero Residente.	4'875.000.

Tipo de contrato: TERMINO 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: CONSORCIO INTEROROPA 2 2024 — Teléfono: 3214466856

NIT, C.C. o C.E.: 901.900.857. — Dependencia:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido — Segundo apellido

Adición — Nombres — Fecha de Nacimiento (AAAA MM DD) — 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, Wilfredo Castillo Tovar, identificado con cédula de ciudadanía No. 74849176 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.

Wilfredo Castillo
Firma

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

Wilfredo Castillo.
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No. 74849176.

DIANA PAOLA KAMACHE.
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES: _____

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

La entrega de este formato está sujeta a verificación

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.

Powered by CamScanner

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 ultima fecha de retiro ☐☐ ☐☐ ☐☐

SGS COL0020884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] — 1.118.532.892
Lugar y fecha de expedición:
Sexo: F [X] M [ ]
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: CRISTANCHO
Segundo apellido: QUIROGA.
Nombres: VICTOR ALFONSO.
Fecha de Nacimiento: 1986 / 10 / 23
Teléfono: 3214194664
Dirección Residencia: CARRERA 17 N° 12-56.
BARRIO:
Correo Electrónico:
ESTADO CIVIL: ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) [X] Unión libre ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)
CIUDAD: YOPAL.
Fecha de Ingreso a la empresa: 2025 / 01 / 18
Horas labor mes:
CARGO: Ingeniero Ambiental
SUELDO BÁSICO: 3.250.000.
Tipo de contrato: OBRA LABOR. Administrar Recursos Públicos SI [ ] NO [X] Servidor Público SI [ ] NO [X] Nivel Escolaridad: Profesional.
Profesión: Presenta Discapacidad alguna SI [ ] NO [X] 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 ☐ Indígena palenquero ☐ Raizal del archipiélago de San Andrés ☐ Providencia y santa catalina ☐ Room /Gitano [X] No aplica

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CONSORSIO INTERORDAZ 2024
Teléfono: 3214466856
NIT, C.C. o C.E.: 901.900.857
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, Victor Alfonso Cristancho Quiroga, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.118.532.892. 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.

Firma: Victor A Cristancho

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

Victor A Cristancho
Firma del trabajador(a)
C C TI. R C o C.E. No 1.118.532.892

Diana Paola Ramirez.
Firma y sello del empleador

ComfaCasanare Construimos Sueños!!!
03 FEB 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL
La información de este formato queda sujeta a verificación

OBSERVACIONES:

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
Beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar

VIGILADO SuperSubsidio

Powered by CamScanner

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 CO-SC-[illegible]

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] — 1.117.323.445
Lugar y fecha de expedición:
Sexo: [X]
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: CURBELO
Segundo apellido: DUARTE
Nombres: ROYBAN ADRIAN
Fecha de Nacimiento: 1989 10 08
Teléfono: 3203798120
Dirección Residencia: CALLE 3 Nº 12-72
BARRIO:
Correo Electrónico:

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

CIUDAD: ORocue
Fecha de Ingreso a la empresa: 2025 01 18
Horas labor mes:
CARGO: Profesional de Apoyo
SUELDO BÁSICO: 2.275.000.

Tipo de contrato: Obra Labor
Administrar Recursos Públicos: SI [ ] NO [ ]
Servidor Público: SI [ ] NO [X]
Nivel Escolaridad: Profesional
Profesión:
Presenta Discapacidad alguna: SI [ ] NO [X]
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: Heterosexual [X] Homosexual [ ] Bisexual [ ]

Factor de Vulnerabilidad
- [ ] Desplazado
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Población migrante
- [ ] Víctima 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
- [ ] Indígena palenquero
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés
- [ ] Providencia y santa catalina
- [ ] Room /Gitano
- [X] No aplica

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CONSORCIO INTER OROPA2- 2024
Teléfono: 3214466856
NIT, C.C. o C.E.: 901.900.857
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 Ciudadania o cambio de Tarjeta de Identidad, escribe el número anterior o errado:

Solicitud de Datos Personales

Yo, Royban Adrian Curbelo Duarte, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.117.323.445 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.

Royban Curbelo
Firma

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

Royban Curbelo
Firma del trabajador(a)
CC TI RC o CE No. 1117.323445

Diana Paola Ramirez
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare Construimos Sueños !!!
03 FEB 2025
RECIBIDO DE AFILIACIONES
OFICINA PRINCIPAL YOPAL
La información de este formato está sujeta a verificación

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.
Consulta los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicios y subsidio de su grupo familiar [illegible] este formato para utilizar los servicios del CARNET.

Powered by CamScanner

Cambiamos 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 de trabajador ☐ Modificación

☐ Traslado

☐ Reintegro en el mismo mes SI ☐ NO ☐

Indique última fecha de retiro ☐☐ ☐☐ ☐☐

SGS Colombia

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: [X] TI [CE] [RC] — 1.117.323.458

Lugar y fecha de expedición:

Sano: [X]

CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: RAMIREZ

Segundo apellido: MONTAÑEZ.

Nombres: DIANA PAOLA.

Fecha de Nacimiento: 1989 09 25

Teléfono: 3214466856.

Dirección Residencia: CARRERA - 1A. OESTE. N°- 34-16

BARRIO:

Correo Electrónico:

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

CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL.	2025 01 18		Ingeniera de obra	6.500.000.

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 ☐ Arrendada ☐ Hipoteca

ORIENTACIÓN SEXUAL: ☒ 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
- ☒ 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 INTEK OKOPAZ - 2024	3214466856

NIT, C.C. o C.E.: 901.900.857

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, Diana Paola Ramirez Montañez. Identificado con cédula de ciudadanía No. 1.117.323.458 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.

Firma

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

Firma del trabajador(a) C.C. T.I. R.C o C.E. No. 1117.323.458

DIANA PAOLA RAMIREZ.

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

ComfaCasanare Construimos Sueños !!!

03 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 encontrara 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.

Powered by CamScanner

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 ultima fecha de retiro ☐☐ ☐☐ ☐☐

SGS COLOMBIA

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de Identificación: [X] C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. — 40332398
Lugar y fecha de expedición:
Sexo: [ ] [X]
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:
Primer apellido: CRISTANCHO
Segundo apellido: CASTRO
Nombres: JENNY FERNANDA
Fecha de Nacimiento: 1984 08 26
Teléfono: 3202728930.
Dirección Residencia: CALLE - 15 - Nº - 19-09.
BARRIO:
Correo Electrónico:

ESTADO CIVIL: [ ] Casado(a) [X] 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 [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 [ ] Indígena palenquero [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés [ ] Providencia y santa catalina [ ] Room /Gitano [X] No aplica

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
CONSORCIO INTER EKOPAZ - 2024	3214466856.

NIT, C.C. o C.E.: 901.900.857.
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, Jenny Fernanda Cristancho Castro, Identificado con cédula de ciudadanía No. 40332398 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.

Jenny Fda Cristancho
Firma

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

Jenny Fda Cristancho
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No 40.332.398

Diana Paola Ramirez
Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES:

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

La información de este formato está sujeta a verificación

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.

Powered by CamScanner

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

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] — 7.726.390
Lugar y fecha de expedición:
Sexo: X
CAUSAL NO ACEPTACIÓN:

Primer apellido: GALINDO
Segundo apellido: VALVERDE.
Nombres: JOAN SEBASTIAN
Fecha de Nacimiento: 1984 01 20.
Teléfono: 3233086179
BARRIO:
Dirección Residencia: CALLE 36B - Transversal 7B-04
Correo Electrónico:

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

CUIDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
YOPAL.	2025 01 18		DIRECTOR INTERVENTORIA	4.500.000=

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 [X] Propia [ ] Arrendada [ ] Hipoteca
ORIENTACIÓN SEXUAL: [X] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual

Factor de Vulnerabilidad
- [ ] Desplazado
- [ ] Cabeza de familia
- [ ] Población migrante
- [ ] Víctima 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
- [ ] Indígena palenquero
- [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés
- [ ] Providencia y santa catalina
- [ ] Room /Gitano
- [X] No aplica

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CONSORCIO INTER OKOPAZ. 2024
Teléfono: 3214466856.
NIT, C.C. o C.E.: 901.900.887.
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, Joan Sebastian Galindo Valverde, identificado con cédula de ciudadanía No. 7726390. 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.

Joan Sebastian Galindo Valverde
Firma

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

Joan Sebastian Galindo Valverde.
Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No.

Diana Paola Sanchez.
Firma y sello del empleador

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

OBSERVACIONES: _____

La información de este formato está sujeta a verificación

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

Powered by CamScanner