Formato de Afiliación, Adición y Modificación del Trabajador y Grupo Familiar

ISO 9001 icontec SC 5822-6 · IQNet · compensar

1. Datos del trabajador * **Campos obligatorios**

Tipo doc. *	Número de identificación *	Género	Estado Civil	Uso exclusivo de Compensar
CC	80814261	M F	CA SO UL SE VI	Normalizar requisitos · Retener requisitos

Nombres *	Primer apellido *	Segundo apellido *
Cesar Alejandro	Guevara	Guerrero

Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Teléfono fijo *	Celular *
12021984	Colombiano		3118179619

Dirección residencia *	Ciudad	* Correo electrónico *
TV 90 # 27 - 31	Bogotá	ces471@hotmail.com

* Para fines comerciales de los servicios brindados por la Caja de Compensación Familiar, autorizo enviarme información comercial, publicitaria o promocional sobre sus servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos y/o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios sociales de la Caja de Compensación. Autorizo a Compensar el envío de información a través de: *

E - Mail Si No Celular Si No

2. Datos del empleador

Tipo doc.	Número de identificación	Nombre de empresa o razón social
CC	80212380	Wilver Francini Russy Ladino

Fecha de ingreso a la empresa	Hora labor mes	Salario básico mensual	Cargo	Teléfono oficina - Extensión
03022025	188	$1423,500	T. Electrico	4111513

Trabaja en otra empresa Si No — Empresa donde trabaja simultáneamente — Salario básico mensual (otra empresa) o ingreso adicional

3. Datos del cónyuge o compañero(a) permanente

Adición Retiro — Tipo doc. — Número de identificación — Fecha de nacimiento — Género M F — Nacionalidad

Nombres — Primer apellido — Segundo apellido — Trabaja actualmente Si No — Independiente — Dependiente

Sueldo básico mensual — Caja de Compensación a la cual está afiliado — Recibe subsidio actualmente Si No — Observaciones (Campo exclusivo de Compensar)

4. Datos de los beneficiarios (padres, hijos o hermanos)

Adición Retiro — Tipo doc. — Número de identificación — Fecha de nacimiento — Parentesco HI PA HE — Género M F

Nombres — Primer apellido — Segundo apellido — Nacionalidad

Beneficiario de pago / Tercero autorizado	Aprobado	Uso exclusivo de Compensar
	Servicios Si	Observaciones
	Subsidio Si	Normalizar — Retener

Adición Retiro — Tipo doc. — Número de identificación — Fecha de nacimiento — Parentesco HI PA HE — Género M F

Nombres — Primer apellido — Segundo apellido — Nacionalidad

Beneficiario de pago / Tercero autorizado	Aprobado	Uso exclusivo de Compensar
	Servicios Si	Observaciones
	Subsidio Si	Normalizar — Retener

Adición Retiro — Tipo doc. — Número de identificación — Fecha de nacimiento — Parentesco HI PA HE — Género M F

Nombres — Primer apellido — Segundo apellido — Nacionalidad

Beneficiario de pago / Tercero autorizado	Aprobado	Uso exclusivo de Compensar
	Servicios Si	Observaciones
	Subsidio Si	Normalizar — Retener

Adición Retiro — Tipo doc. — Número de identificación — Fecha de nacimiento — Parentesco HI PA HE — Género M F

Nombres — Primer apellido — Segundo apellido — Nacionalidad

Beneficiario de pago / Tercero autorizado	Aprobado	Uso exclusivo de Compensar
	Servicios Si	Observaciones
	Subsidio Si	Normalizar — Retener

En caso de ser padre pensionado, afiliado a otra Caja o estar laborando escriba la entidad pensionadora, nombre de la Caja o empresa donde labora.

Bajo la gravedad de juramento declaro que este informe ha sido examinado por mí y que todos los datos son exactos. Consiento y autorizo de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en la Ley 1581 de protección de datos personales, según lo anuncia el presente documento; y que conozco (he leído) el aviso de privacidad, incluido al respaldo de este formato.

Firma del trabajador (a) * Cesar Guevara — Firma y sello del empleador

Tipo y Nº de identificación CC 80.814261

Observaciones

Uso exclusivo de Compensar — Sello de Recepción

Para uso exclusivo de Compensar - Número de documentos aceptados

Registro Civil	Declaración Juramentada	Certificado TR Cónyuge	Certificado Escolaridad	Fotocopia Cédula	Fotocopia Tarjeta Identidad	Certificado EPS	Certificado Discapacidad	Registro Defunción

La información de este formato está sujeta a verificación

Original - Compensar Copia - Empleador

VIGILADO SuperSubsidio

Caja de Compensación Familiar COMPENSAR Comunicaciones LAVS 15-11-2018

FOR-PSB-0085