Radicado: 2790717.

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente: Agrupación	Sucursal
X NIT	1036603951		Yeidy Alejandra Monsalve Ospina	3046061734		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CC	1214717787	Bojo		Brayon	Yecid	1 2 X 4 5	01 01 1993	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Calle 45a #54 63	Antioquia	Itagüí		3005304595	yelsid132@hotmail.com

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Sector Agrario	SI
X 2 3	$ 1.423.500	7	210	X 2	27 06 25	Soldador		X

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación
				SI NO Cual?
				SI NO Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC TI							DD MM AAAA	1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Género	Parentesco	Discapacidad	Nivel Educativo*	Nombre de la Institución educativa	NIT Institución educativa
CC CE PA RC TI						DD MM AAAA	Femenino Masculino	Hijo Hijastro Padre-Madre Hermano Nuestro		Primaria Bachillerato Técnico Tecnológo Universitario ETDH		
											comfama Sede Aranjuez 27 JUN 2025	

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria que pudiese recibir mensualmente en la siguiente cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐ Número: _____ De la entidad financiera: _____ Transacción financiera: 09

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no lo tengan pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la pagina web Comfama http://www.comfama.com/.

Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

Recibido

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de devuelto en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
	1214717787			

Cod. 108 - V11

- Original (Comfama) - Cuaderno 14 VIGILADO

Powered by CamScanner