Comfenalco Antioquia

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE DEPENDIENTE A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Número de solicitud
0320242292008
22/11/2024

Tipo de Solcitante

1. Datos básicos de identificación persona

Tipo del identificación	No. identificación
Cédula de ciudadanía	1063716537
Primer apellido	Segundo Apellido
MENDOZA	AGAMEZ
Primer nombre	Segundo nombre
MANUEL	ANTONIO

2. Otros datos de identificación persona

Fecha expedición documento identificación	Fecha de nacimiento
01/01/1999	17/12/1981
Género	Estado civil
Masculino	SOLTERO
Nivel educativo	Ocupación/ Profesión
BASICA_SECUNDARIA_COMPLETA	Oficiales y operarios de la construcción de obra gruesa y afines
Cabeza de hogar	Orientación sexual
No	HETEROSEXUAL
Factor vulnerabilidad	País de residencia

NO_APLICA

COLOMBIA

Pertenencia étnica

NINGUNO_DE_LOS_ANTERIORES

3. Información de la correspondencia

Departamento

ANTIOQUIA

Municipio

MEDELLÍN

Dirección

Calle 54 # 31 A BIS 32 C 54 31AA 32

Vive en casa propia?

No

Código Postal

050001

Teléfono fijo

2029896

Teléfono celular

3127242826

Correo electronico

COTECINGENIERIASAS@GMAIL.COM

¿Autorización de envío de correo electronico?

Sí

¿Autoriza utilización de datos personales?

Sí

¿Reside en sector rural?

Sí

Comfenalco Antioquia

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE DEPENDIENTE A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Número de solicitud
0320242292008
22/11/2024

4. Información general

Clase trabajador	Fecha inicio labores empleador
Regular	26/03/2025
Tipo salario	Salario mensual
Fijo	$2'400,000.00
Horas labarodas la mes	Cargo u oficio desempeñado
184	MAESTRO
Tipo contrato laboral	Fecha terminación del contrato
Obra/Labor	06/06/2025

El suscrito **MANUEL ANTONIO MENDOZA AGAMEZ** con No. **98560456** en mi nombre propio como persona natural o en mi carácter como representante legal de este empleador, solicito a **Comfenalco Antioquia** ,la afiliación del empleador que represento y si fuera aceptado me comprometo a cumplir y respetar todas las normas, así como las disposiciones legales que se refieren al subsidio familiar.

Acepto de antemano que la violación por parte del empleador de cualquiera de estas normas, dará derecho a **Comfenalco Antioquia** para ordenar la expulsión del empleador afiliado. La responsabilidad en cuanto al subsidio familiar, queda limitada para la caja desde el momento de la afiliación y pago de aportes por parte del empleador,hasta que el empleador sea desafiliado por cualquier motivo.

Declaración:
En calidad de representante legal del empleador declaro que la Información registrada en este formulario es cierta y tiene por objeto solicitar la afiliación a **Comfenalco Antioquia** . En caso de ser aceptados como afiliados nos comprometemos a cumplir y a respetar la legislación del Subsidio Familiar, al igual que los estatutos y reglamentos de **Comfenalco Antioquia** .
Cualquier falsedad u omisión voluntaria conlleva a la anulación de esta solicitud.

_____
MANUEL ANTONIO MENDOZA AGAMEZ

Comfenalco Antioquia

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE DEPENDIENTE A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Número de solicitud
0320242292008
22/11/2024

98560456