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
NIT X	900567821		AOXLAB SAS	4114728 2		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
CC X	1088275706	Ruiz	Patiño	Winner	Farley	X 2 3 4 5	06/12/1991	M

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CR 80A # 32-73 Apto	Antioquia	Medellín		3	310 367 0109	

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	Trabajador Sector Agropecuario
X 2 3	$ 1500.000	8	240	1 2	03/01/2016	Analista de laboratorio	SI ___ NO 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						M F	DD MM AAAA	1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Género
CC CE PA RC TI					Cónyuge, Hijo, Padre, Hermano, Madre, Otro Familiar	DD MM AAAA	Femenino Masculino

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a través de:

- ☐ Cuenta Personal — Número de cuenta _____
- Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente
- Entidad financiera _____
- ☐ Tarjeta de afiliación
- ☐ Pago con documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra página web www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tiene convenio para realizar este pago.

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a éste, y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página 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.

comfama

Administración Vásquez

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos por las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en la Ley 1581 de 2012. Adicionalmente se informa que sus datos serán tratados de manera segura y confidencial para informarle sobre los diversos servicios que presta COMFAMA, así como para remitir información publicitaria, promocional y de actualización sobre los productos y servicios, atención de quejas, reclamos, evaluación de los servicios prestados, atención al cliente, y para otras finalidades necesariamente conexas con la prestación de servicios de la Caja. Para estos tratamientos COMFAMA podrá recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir datos personales suministrados, como pueden ser: correo electrónico, teléfonos, SMS, fax, entre otros. Acepto este tratamiento que me ha sido informado____ No Acepto este tratamiento____. La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail:proteccindatospersonales@comfama.com.co. o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

08 ENE 2017 05

Transacción: _____

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
Elba Lopera	Farley Ruiz	Recibido	

- Copia (Empleador) -

Codensa s.a.

VIGILADO SUPERSUBSIDIO

Cód.108 - 2/13