



Familiarmente nuestra

ComfaCasenare

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

☐ Reingreso en el mismo mes Si ☐ NO ☐

Indique última fecha de retiro:



Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación	<input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C.	Lugar y fecha de expedición	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> X	CAUSAL NO ACEPTACIÓN
1118199687		VINOUEA 07/09/2012		
Primer apellido	Segundo apellido			
AVALA	CASTRO			
Nombres	Fecha de Nacimiento	Teléfono		
WILSON ALEXANDER	1994 03 06	3108112483		
Dirección Residencia	BARRIO			
CRA 12 #19-36	MOLICHAL			
Correo electrónico				
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
CIUDAD	Fecha de Ingreso a la empresa	Horas labor mes	CARGO	SUELDO BÁSICO
VINOUEA	2020 07 06		ANALISTA INGENIERIA	877803
Tipo de contrato	Administrar Recursos Públicos <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Servidor Público <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Nivel Escolaridad	
Profesión	Presenta Discapacidad alguna <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> 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

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Teléfono
MARON SAS	3144281901
NIT, C.C. o C.E.	Dependencia
900476153-6	TRANSV 1#11-75

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer apellido	Segundo apellido
Adición Nombres	Fecha de Nacimiento
Recibe subsidio	
SI <input type="checkbox"/>	
NO <input type="checkbox"/>	
Tipo y número de identificación	DOCUMENTO PENDIENTE
C.C. T.I. C.E. R.C.	
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, _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO para el uso y tratamiento de mis datos personales en virtud de la función que le compete el tratamiento de los que fueron recolectados para las finalidades, así como para el envío de mensajes de correos de texto (SMS); de igual forma autorizó de manera irrevocable a la Caja a corroborar con cualquier persona, institución y autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales, fiscales, judiciales, financieras y cualquier otro dato que a juicio de la organización sea pertinentes para verificar y ampliar información por mi suministrada de acuerdo al manual de políticas y protección de datos establecido por la Caja de Compensación Familiar del Casanare COMFACASANARE de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	Firma
	expedida en _____	

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. 1118199687	Firma y sello del empleador	 06 JUL 2020 OFICINA VILLAMILIA DE AFIILIACIONES KAROL GAMEZ
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. Consulte los requisitos para adicionar beneficiarios, realizar inscripciones para servicio de subsidio de su grupo familiar. Si no ha recibido su tarjeta familiar, presente la copia de este formato para utilizar los servicios del CARNET.

La información de este formato está sujeta a verificación

VIGILADO Suppor Subsidio