COMFAMILIAR NARIÑO	**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO** **SISTEMA DE GESTIÓN** **FORMULARIO PARA AFILIACION DE TRABAJADORES DEPENDIENTES Y PERSONAS A CARGO**	**Código** PAS-SCM-F-1 **Versión** 11 **Fecha de Aprobación** 19/11/2024

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA

TIPO DE AFILIADO (Uso exclusivo Comfamiliar de Nariño)

Dependiente ☐ **Madre Comunitaria** **SI** ☐ **NO** ☐ **Veterano Fuerza Pública** ☐ **Trabajador de Servicio Doméstico** ☐

Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cuidador ☐ **Trabajador Extranjero** ☐

TIPO DE NOVEDAD (Uso exclusivo Comfamiliar de Nariño)

Afiliación por primera vez ☐ *Cambio de Empresa* ☐ *Auxilio por Muerte de Trabajador* ☐

Adición de personas a cargo ☐ *Reintegro a la Empresa* ☐ *Auxilio por Muerte de Beneficiario* ☐

DATOS DE LA EMPRESA

NIT	Razón Social de la Empresa	Dirección	Teléfono	Ciudad

DATOS DEL TRABAJADOR

Numero de Identificación

Tipo de Identificación: TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ PPT ☐ VISA ☐

Fecha de Expedición: Día | Mes | Año

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Barrio	Dirección de Residencia	Ciudad	Teléfono Fijo o Celular	Correo Electrónico

Nivel de Educación: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitarios ☐ Postgrados ☐ Otros Estudios ☐

Fecha de Nacimiento: Día | Mes | Año

Ciudad de Nacimiento

Nacionalidad

Sexo: M ☐ F ☐ OTRO ☐

Sector: Urbano ☐ Rural ☐

Capacidad Laboral: Normal ☐ Discapacidad ☐

No de horas/mes

Salario Fijo o Promedio (Básico mas Comisiones) $

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐ Divorciado ☐ Separado ☐

Cabeza de Hogar: Si ☐ No ☐

Vivienda: Familiar ☐ Propia ☐ Arriendo ☐ Hipoteca ☐

Ocupación

Orientación Sexual: Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Información No Disponible ☐

Pertenencia Etnia: Afrocolombiano ☐ Comunidad negra ☐ Indígena ☐ Palanquero ☐ Raizal de San Andres, Providencia y Santa Catalina ☐ Room Gitano ☐ Ninguna de las anteriores ☐ No disponible ☐

Factor de Vulnerabilidad: Desmovilizado ☐ Reinsertado ☐ Damnificado ☐ Desplazado ☐ Población zona de frontera ☐ Hijos de desmovilizados ☐ En condición de discapacidad ☐ Hijos de madres cabeza de familia ☐ Victima de Conflicto Armado ☐ No aplica ☐

Resguardo

Pueblo Indigena

Categoria: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ Particular ☐

Fecha de Ingreso a la Empresa: Día | Mes | Año

AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a COMFAMILIAR NARIÑO a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explicito para tratar datos sensibles aún conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfamiliarnarino.com. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a COMFAMILIAR NARIÑO y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)

Numero de Identificación

Tipo de Identificación: TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ PPT ☐ VISA ☐

Fecha de Expedición: Día | Mes | Año

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Teléfono Fijo o Celular	Ciudad de Nacimiento

Fecha de Nacimiento: Día | Mes | Año

Sexo: M ☐ F ☐ OTRO ☐

Estado Civil: Casado ☐ Unión Libre ☐

Salario $

Correo Electrónico

Nivel de Educación: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitarios ☐ Postgrados ☐ Otros Estudios ☐

Capacidad Laboral: Normal ☐ Discapacidad ☐

Recibe Subsidio Familiar: Si ☐ No ☐

Afiliación a esta u otra Caja de Compensación Familiar

DATOS DE LA MADRE O PADRE DE HIJOS (CUANDO NO EXISTA CONVIVENCIA)

Numero de Identificación

Tipo de Identificación: TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ PPT ☐ VISA ☐

Fecha de Expedición: Día | Mes | Año

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Teléfono Fijo o Celular	Ciudad de Nacimiento

Fecha de Nacimiento: Día | Mes | Año

Sexo: M ☐ F ☐ OTRO ☐

Estado Civil: Casado ☐ Unión Libre ☐ Divorciado ☐ Soltero ☐ Separado ☐

Salario $

Correo Electrónico

Nivel de Educación: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitarios ☐ Postgrados ☐ Otros Estudios ☐

Capacidad Laboral: Normal ☐ Discapacidad ☐

Recibe Subsidio Familiar: Si ☐ No ☐

PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (Hijos, Hijastros, Hermanos huerfanos de Padre y Madre, Padres mayores de 60 años que no perciban ingresos, Dependiente por Custodia, Hijo de Crianza)

No.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	SEXO			FECHA DE NACIMIENTO			TIPO DE DOCUMENTO						NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN			PARENTESCO					CAPAC		PERTENENCIA ETNIA								RESGUARDO	PUEBLO INDIGENA
					Femenino	Masculino	Otro	Día	Mes	Año	RC	TI	CC	CE	PA	PPT		Día	Mes	Año	Hijos	Hijastros	Hermanos	Padres	Dependiente por Custodia	Hijo de Crianza	Normal	Discapacitado	Afrocolombiano	Palanquero	Room Gitano	Comunidad Negra	Raizal de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Indígena	Ninguna de las anteriores	No disponible		
1																																						
2																																						
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						

Abreviatura Tipo de Documento: Registro Civil RC-Tarjeta de identidad TI-Cedula de Ciudadanía CC-Cedula de Extranjería CE-Pasaporte PA-Permiso por Protección Temporal PPT

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE ESTE FORMULARIO HA SIDO EXAMINADO POR MI Y TODOS LOS DATOS QUE A MI SE REFIEREN SON EXACTOS Y CORRESPONDEN A LA VERDAD.

Firma del Trabajador No. de Identificación

Firma del Empleador o Responsable

OBSERVACIONES EXCLUSIVO PARA COMFAMILIAR DE NARIÑO	ESPACIO PARA NOTA Y SELLO EXCLUSIVO PARA COMFAMILIAR DE NARIÑO

PARA CUALQUIER RECLAMO, SIN EXCEPCION, FAVOR PRESENTAR COPIA DE ESTE FORMATO DEBIDAMENTE SELLADO

NOTA IMPORTANTE: Reclame su Tarjeta Preferencial para obtener los servicios que presta COMFAMILIAR DE NARIÑO

ORIGINAL: COMFAMILIAR - COPIA: TRABAJADOR

VIGILADO SuperSubsidio