COMBARRANQUILLA
Caja de Compensación Familiar

FORMULARIO PARA ADICIONALES

Enviar antes del día 5 de cada mes

I. DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: _____ NIT: _____

II. DATOS DEL TRABAJADOR

Cédula del trabajador:	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

DATOS DE LA ESPOSA(O) O COMPAÑERA(O)

Cédula:	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sexo:

Fecha de Nacimiento	Año	Mes	Día	Ocupación u oficio:	Empresa donde trabaja:	Sueldo:

NOTA: Anexar certificación de sueldo de la esposa(o) o compañera(o)

PERSONAS A CARGO QUE DESEE ADICIONAR (NO USAR NÚMEROS ROMANOS)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	SEXO		INV	Padre	Hijo	Hno	FECHA NACIMIENTO			DOCUMENTO DE IDENTIDAD								
													Tipo			Número	NOTARIA	Municipio	Fecha		
				F	M					D	M	A	RC	CC	Ti				D	M	A

_____
FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

_____
FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Documentos de prueba que acompañan a este formulario
_____
_____

Autorizo, permito y acepto que la información que suministro en este formulario o que suministre en documentos anteriores para afiliarme a COMBARRANQUILLA sea utilizada por esta entidad para fines administrativos, publicitarios, de mercadeo y de ventas.

A partir de la fecha de recibido de este formulario, se podrán utilizar los servicios de Combarranquilla en los diferentes puntos de atención, suministrando el nombre o número de cédula del afiliado. El carné de afiliación se entregará dos (2) meses después de recibido este formulario.

Documento no controlado. Formato aprobado en Octubre de 2004.
Verificar su vigencia en el Departamento de Aportes y Subsidio.