FORMULARIO PARA REPORTE DE NOVEDADES

Enviar documentación antes del día 5 de cada mes

Documento no controlado. Formato aprobado en Agosto de 2009.
Verificar su vigencia en el Departamento de Aportes y Subsidio.

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

TIPO DE AFILIADO

TRABAJADOR DEPENDIENTE		TRABAJADOR INDEPENDIENTE 0.6%		PENSIONADO		TRABAJADOR INDEPENDIENTE CON REGIMEN ESPECIAL DE		POR CONVENIO	
REPRESENTANTE LEGAL		TRABAJADOR INDEPENDIENTE 2%		ASOCIADO		APORTES		POR FIDELIDAD	

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa:	NIT:	Sucursal:

DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de Documento de Identidad	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Año	Mes	Día
CC TI CE									

Estado Civil	Dirección del Trabajador	Teléfono	Nombre Municipio	Nombre Barrio

Tipo de Vivienda	Propia	Arrendada	Otro	Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Técnico	Universitario	Postgrado	E-mail

Ocupación o cargo	IBC (Ingreso Base de Cotización)	Fecha de Ingreso a la Empresa	Año	Mes	Día	Horario de Trabajo (marque con una X)	Medio tiempo (menor o igual a 4 horas /día)	Tiempo completo (más de 4 horas /día)

Empresa con que trabaja simultáneamente	Horario	Sueldo Básico

DATOS DE LA ESPOSA(O) O COMPAÑERA(O)

Tipo de Documento de Identidad	No Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Año	Mes	Día
CC TI CE									

Sexo		Nivel Educativo	Primaria	Secundaria	Universitario	Postgrado	Técnico	Sueldo

Ocupación o cargo	Nombre de la empresa	NIT de la empresa

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

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO		INV	CLASE				FECHA NACIMIENTO			DOCUMENTO DE IDENTIDAD						
															REGISTRO CIVIL						No CEDULA
					M	F		Padre	Madre	Hijo	Hno	AÑO	MES	DÍA	IND. SERIAL	NUIP	ENTIDAD*	No	LUGAR DE INSCRIPCION	FECHA DE INSCRIPCION	
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					

Documentos de prueba que acompañan a este formulario:									
Registro Civil	Certificado Escolaridad	Fotocopia Cédula	Certificado TR Cónyuge	Sentencia de Separación	Registro Civil Trabajador	Declaración Extrajuicio	Certificado de Supervivencia	Certificado de Discapacidad	Certificado de Otras Cajas

Documentos Pendientes:		
Certificado Escolaridad	Certificado de Supervivencia	Hijo _____ Padre_____

***SELECCIONE LA ENTIDAD Y REGISTRE EL NÚMERO CORRESPONDIENTE ASI:**

1. Registraduria
2. Notaria
3. Consulado
4. Inspección de Policía

Revisado por

Firma del trabajador

Firma y Sello de la empresa

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.