

FORMULARIO SOLICITUD DE REQUISICIÓN DE SUBSIDIO POR PATRIA POTESTAD

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.



DATOS DEL EMBARGANTE

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				Teléfono		Nombre Municipio			Nombre Barrio					
Tipo de Vivienda		Propia <input type="checkbox"/>		Arrendada <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>		Nivel Educativo		Primaria <input type="checkbox"/>		Secundaria <input type="checkbox"/>		Universitario <input type="checkbox"/>		Postgrado <input type="checkbox"/>		E-mail

Ocupación o cargo:

DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de Documento de Identidad				No Documento		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
CC		TI		CE									

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa:						NIT:						Sucursal:					
-----------------------	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--

PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			DOCUMENTO DE IDENTIDAD						No CEDULA			
					Año	Mes	Día	REGISTRO CIVIL					No				
								IND. SERIAL	NUIP	ENTIDAD*	LUGAR DE INSCRIPCIÓN	FECHA DE INSCRIPCIÓN					
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

Documentos de prueba que acompañan a este formulario:									
Registro Civil	Certificado Escolaridad	Fotocopi a 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. Registraduría
2. Notaria
3. Consulado
4. Inspección de Policía

Firma Embargante

Recibido Combarranquilla

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.