



**SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD
FORMATO
FORMULARIO PARA LA AFILIACION DEL TRABAJADOR
INDEPENDIENTE**

Código: FO-SU-006
Versión: 1
Fecha: 08/07/2008

BENEFICIARIO DEL SERVICIO MODIFICACION DE INFORMACION
ADICION DE PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR POSEE VIVIENDA: SI NO

FECHA		
AÑO	MES	DIA

DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES	C.C.
ACTIVIDAD ECONOMICA		DIRECCION COMERCIAL	SALARIO MENSUAL
ESTADO CIVIL			
FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> SEPARADO (A) <input type="checkbox"/> VIUDO (A) <input type="checkbox"/> UNION LIBRE	SEXO
AÑO	MES		DIA
DIRECCION		BARRIO	CIUDAD
			TELEFONO

DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES	C.C.
OCUPACION			SALARIO MENSUAL

DATOS DE PADRES, HIJOS Y HERMANOS

HIJO	HERMANO	HUERFANO	PADRES	INCAPACITADOS	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.
					AÑO	MES	DIA	FEMENINO	MASCULINO		

Bajo la gravedad de juramento que este informe ha sido examinado por mi y que él contiene una verdadera y completa relación de los hijos, cónyuge o compañero (a), padres y hermanos.

Firma del Afiliado

Recibido por COMFACESAR

VALIDO DE:

HASTA:

OBSERVACION: Los afiliados particulares no tendrán derecho a servicio de Subsidio Familiar Monetario

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

CODIGO DE LA EMPRESA

OBSERVACIONES:

GRABACION:

Fecha:



Certificado No. SC5366-1