

Caso 1: Trabajador Soltero



Hacemos parte de Nuestra Región!

Sistema Gestión de Calidad INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

E-MAIL: comface@telecom.com.co
CALLE 14 No. 14 - 66 TEL: 5743795 - 5743861

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO
MARQUE CON UNA "X"

NUEVA (S) PERSONA (S) A CARGO TRASLADO

CODIGO: G-4-R-0-7

VERSION: 3

FECHA: 30/07/2008

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR DRUMMOND LTD	TIPO DE IDENTIFICACION NIT <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	No. DE IDENTIFICACION 800021308-5	TELÉFONO 3157552476
--	---	---	-------------------------------

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO TORRES	SEGUNDO APELLIDO SOLANO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	No. DE IDENTIFICACION 77.000.000	FECHA DE NACIMIENTO AÑO 74 MES 07 DÍA 13	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
PRIMER NOMBRE LUIS	SEGUNDO NOMBRE CARLOS				

ESTADO CIVIL ACTUAL SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> CASADO <input checked="" type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>		PRIM. COMPLETA <input type="checkbox"/> PRIM. INCOMPLETA <input type="checkbox"/>	BTO. COMPLETO <input type="checkbox"/> BTO. INCOMPLETO <input type="checkbox"/>	TECNOLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>	CENTRO COSTO
FECHA INGRESO EMPRESA AÑO 06 MES 05 DÍA 24	SALARIO BÁSICO MENSUAL 2.000.000	PROFESIÓN TECNICO MAQUINARIA PESADA	OTRA EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE NOMBRE DE LA EMPRESA: N.A. SALARIO BÁSICO MENSUAL: N.A.		
DIRECCIÓN RESIDENCIA CALLE 3 No. 4 - 14	BARRIO DE RESIDENCIA LOS ALMENDROS	MUNICIPIO DE RESIDENCIA CODAZZI	SECTOR URBANO <input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>	TELÉFONO 5754000	
DIRECCIÓN DONDE LABORA DRUMMOND - LTD - LA LOMA	BARRIO DONDE LABORA N.A.	MUNICIPIO DONDE LABORA LA LOMA - EL PASO	SECTOR URBANO <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>	TELÉFONO	
VIVE EN CASA PROPIA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL) (SI LO TIENE) luis_torres@hotmail.com	NÚMERO DE CUENTA DEL: N.A. TRABAJADOR <input type="checkbox"/> CONYUGUE <input type="checkbox"/>	BANCO (SI TIENE) N.A.	TIPO DE CUENTA AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> N.A.	

DATOS DEL CONYUGUE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	No. DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
MUNICIPIO DE RESIDENCIA	DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	OCUPACION ESTUDIA <input type="checkbox"/> TRABAJA <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/>				
NIVEL EDUCATIVO PRIM. COMPLETA <input type="checkbox"/> PRIM. INCOMPLETA <input type="checkbox"/> BTO. COMPLETO <input type="checkbox"/> BTO. INCOMPLETO <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>		NOMBRE DE LA EMPRESA O EMPLEADOR	SALARIO BÁSICO MENSUAL	EL (LA) CONYUGUE RECIBE CUOTA INCENTIVARIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
				POR CUAL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR			

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. R.C.	NÚMERO DE IDENTIFICACION	SEXO F M	FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA	PARENTESCO			DISCAPACIDAD SI NO
								HUERO	HIJASTRO	PADRES	
								1	2	3	

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERDICA

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA




FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR			RECEPCION DOCUMENTOS	
OBSERVACIONES:				
REVISADO POR	DIGITADO POR	FECHA		



C/ANEXO 30 DE SUS 302

Caso 2: Trabajador y Conyuge

 <p>COMFACESAR NIT. 892.399.989 - 8</p>		<p align="center">Sistema Gestión de Calidad INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO</p> <p align="center">E-MAIL: comface@telecom.com.co CALLE 14 No. 14 - 66 TEL: 5743795 - 5743881</p>		<p>CODIGO: B-4-6-F-0-7</p> <p>VERSION: 3</p> <p>FECHA: 30/07/2008</p>																
<p align="center"><i>Hacemos parte de Nuestra Región!</i> ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO MARQUE CON UNA "X"</p>																				
<p align="center">DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR</p>																				
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR DRUMMOND LTD			TIPO DE IDENTIFICACION NIT <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIUP <input type="checkbox"/>		No. DE IDENTIFICACION 800021308-5															
TELEFONO 3157552476																				
<p align="center">DATOS DEL TRABAJADOR</p>																				
PRIMER APELLIDO TORRES		SEGUNDO APELLIDO SOLANO		TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIUP <input type="checkbox"/>																
PRIMER NOMBRE LUIS		SEGUNDO NOMBRE CARLOS		No. DE IDENTIFICACION 77.000.000																
FECHA DE NACIMIENTO AÑO 74 MES 07 DIA 13		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>																		
ESTADO CIVIL ACTUAL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input checked="" type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>			NIVEL EDUCATIVO PRIM. COMPLETA <input type="checkbox"/> BTO. COMPLETO <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIM. INCOMPLETA <input type="checkbox"/> BTO. INCOMPLETO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>		CENTRO COSTO															
FECHA INGRESO EMPRESA AÑO 06 MES 05 DIA 24			SALARIO BASICO MENSUAL 2.000.000		PROFESION TECNICO MAQUINARIA PESADA															
DIRECCION RESIDENCIA CALLE 5 No. 4 - 14			BARRIO DE RESIDENCIA LOS ALMENDROS		MUNICIPIO DE RESIDENCIA CODAZZI															
DIRECCION DONDE LABORA DRUMMOND - LTD - LA LOMA			BARRIO DONDE LABORA N.A		MUNICIPIO DONDE LABORA LA LOMA - EL PASO															
VIVE EN CASA PROPIA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			CORREO ELECTRONICO (E-MAIL) (SI LO TIENE) luis_torres@hotmail.com		TIPO DE CUENTA AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> N.A															
<p align="center">DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)</p>																				
PRIMER APELLIDO GOMEZ		SEGUNDO APELLIDO ARIAS		TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIUP <input type="checkbox"/>																
PRIMER NOMBRE CLAUDIA		SEGUNDO NOMBRE HELENA		No. DE IDENTIFICACION 49.000.000																
FECHA DE NACIMIENTO AÑO 75 MES 01 DIA 30		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>																		
MUNICIPIO DE RESIDENCIA CODAZZI			DIRECCION RESIDENCIA CALLE 5 No. 4 - 14		TELEFONO RESIDENCIA 5754000															
NIVEL EDUCATIVO PRIM. COMPLETA <input type="checkbox"/> BTO. COMPLETO <input checked="" type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> PRIM. INCOMPLETA <input type="checkbox"/> BTO. INCOMPLETO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>			NOMBRE DE LA EMPRESA O EMPLEADOR N.A		SALARIO BASICO MENSUAL N.A															
AMA DE CASA <input checked="" type="checkbox"/>			PENSIONADO <input type="checkbox"/>		EL/LA CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>															
POR CUAL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR N.A																				
<p align="center">DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR)</p>																				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>		NUMERO DE IDENTIFICACION		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DIA		PARENTESCO HIJO <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/>		DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(Empty table for beneficiaries)																				
<p align="center">DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACION ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERDICA</p>																				
FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA										FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.										
<p align="center">PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR</p>										<p align="center">RECEPCION DOCUMENTOS</p>										
OBSERVACIONES:										 										
REVISADO POR			DIGITADO POR			FECHA			Certificado No. SC.5366 - 1 Certificado No. SC.5366 - 2 Certificado No. SC.5366 - 3 Certificado No. SC.5366 - 4											

Caso 3: Trabajador, Conyuge e hijos



Hacemos parte de Nuestra Región!

Sistema Gestión de Calidad
INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O
PERSONAS A CARGO

E-MAIL: comface@telecom.com.co
CALLE 14 No. 14 - 66 TEL: 5743795 - 5743861

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO
MARQUE CON UNA "X"

NUEVA(S) PERSONA(S) A CARGO TRASLADO

CODIGO: C-4-6-0-7

VERSION: 3

FEC IA: 30/07/2008

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACION NIT C.C. C.E. NUIP	No. DE IDENTIFICACION	TELEFONO
DRUMMOND LTD	X	800021308-5	3157552476

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. T.I. C.E. NUIP	No. DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DIA	SEXO F M
TORRES	SOLANO	X	77.000.000	74 07 13	X
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
LUIS	CARLOS				

ESTADO CIVIL ACTUAL		NIVEL EDUCATIVO				CENTRO COSTO
SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE	PRIM. COMPLETA	BTO. COMPLETO	TECNOLÓGICO	X
SEPARADO	DIVORCIADO	VIUDO	PRIM. INCOMPLETA	BTO. INCOMPLETO	UNIVERSITARIO	
FECHA INGRESO EMPRESA AÑO MES DIA	SALARIO BASICO MENSUAL	PROFESION	OTRA EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE			
06 05 24	2.000.000	TECNICO MAQUINARIA PESADA	NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO BASICO MENSUAL		
		CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	N.A.			
		OPERADOR				
DIRECCION RESIDENCIA		BARRIO DE RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	SECTOR	TELEFONO	
CALLE 5 No. 4 - 14		LOS ALMENDROS	CODAZZI	URBANO RURAL	5754000	
DIRECCION DONDE LABORA		BARRIO DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	SECTOR	TELEFONO	
DRUMMOND - LTD - LA LOMA		N.A.	LA LOMA - EL PASO	URBANO RURAL		
VIVE EN CASA PROPIA	CORREO ELECTRONICO (E-MAIL) (SI LO TIENE)	NUMERO DE CUENTA DEL :	BANCO (SI TIENE)	TIPO DE CUENTA		
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	luis.torres@hotmail.com	TRABAJADOR <input type="checkbox"/> CONYUGUE <input type="checkbox"/>	N.A.	AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> N.A		

DATOS DEL CONYUGO O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. T.I. C.E. NUIP	No. DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DIA	SEXO F M
GOMEZ	ARIAS	CLAUDIA	HELENA	X	49.000.000	75 01 30	X
MUNICIPIO DE RESIDENCIA		DIRECCION RESIDENCIA		TELEFONO RESIDENCIA			
CODAZZI		CALLE 5 No. 4 - 14		5754000			
NIVEL EDUCATIVO		NOMBRE DE LA EMPRESA O EMPLEADOR		SALARIO BASICO MENSUAL			
PRIM. COMPLETA	BTO. COMPLETO	N.A.		N.A.			
PRIM. INCOMPLETA	BTO. INCOMPLETO			EL (LA) CONYUGO RECIBE CUOTA MONETARIA			
				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
				POR CUAL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR			
				N.A			

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		NUMERO DE IDENTIFICACION	SEXO F M	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO			DISCAPACITADO SI NO
				C.C.	R.C.			AÑO	MES	DIA	HUO	HUASTRO	PADRES	
TORRES	GOMEZ	CAROLINA	PATRICIA	X		0000000	X	05	11	7	X			
TORRES	GOMEZ	LUIS	CARLOS	X		0000000	X	03	07	18	X			

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACION ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERDICA

LUIS CARLOS TORRES

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

RECEPCION DOCUMENTOS

OBSERVACIONES:

REVISADO POR

DIGITADO POR

FECHA



Certificado No. SC 5366 - 1
Certificado No. SC 5366 - 2
Certificado No. SC 5366 - 3
Certificado No. SC 5366 - 4



C/1400/01/05/00000000

REQUISITOS CASO 1: TRABAJADOR SOLTERO

FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD AL 200%

REQUISITOS CASO 2: TRABAJADOR Y CÓNYUGE

**FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD AL 200%
DEL TRABAJADOR Y DEL CÓNYUGE**

REQUISITOS CASO 3: TRABAJADOR, CONYUGE E HIJOS.

**FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD AL 200%
DEL TRABAJADOR Y DEL CONYUGE**

FOTOCOPIA DE REGISTRO CIVIL DE HIJOS HASTA LOS 18 AÑOS