



FORMULARIO PARA AFILIACION DE PADRES MAYORES DE 60 AÑOS

Versión

1

F. Aprobación

28/04/2010

Código

FO-MSF-04

No. RADICACION: _____

FECHA: DD MM AA

DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo de documento: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C.				No.	Expedida en:			
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		

DATOS DEL PADRE

Tipo de documento: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C.				No.	Expedida en:			
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		
Fecha Nacimiento			Lugar de Nacimiento					
DD	MM	AAAA	Departamento:		Municipio		Vereda:	
Dir. Residencia			Departamento		Municipio		Vereda	

DATOS DE LA MADRE

Tipo de documento: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C.				No.	Expedida en:			
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		
Fecha Nacimiento			Lugar de Nacimiento					
DD	MM	AAAA	Departamento:		Municipio		Vereda:	
Dir. Residencia			Departamento		Municipio		Vereda	

Declaramos por medio del presente documento reconocido ante notario que los mencionados anteriormente (Datos del Padre y Datos de la Madre), No reciben salario, renta o pensión alguna y son sostenidos económicamente por su hijo (a) (Datos del Trabajador).
y conviven con él, en la dirección _____

Ruego tener en cuenta este certificado para los efectos de la supervivencia de mis padres.

Para constancia firman los intervinientes.

Firma del trabajador

Firma del Padre

Firma de la madre

ESPACIO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACOR

NIT EMPLEADOR	RAZON SOCIAL

CEDULA DEL TRABAJADOR	CATEGORIA	Fecha Radicación			Nº Radicación
		DD	MM	AAAA	

Nombre del Trabajador

OBSERVACIONES

Firma y sello de recibido

VICIADO SUPERVIVENCIA DEL SUJETO FAMILIAR