



**FORMULARIO PARA AFILIACION DE CONYUGE O
COMPAÑERA (O)**

Versión

1

F. Aprobación

28/04/2010

Código

FO-MSF-05

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 DE LA CONYUGE O COMPAÑERA PERMANENTE

| | | | | | | | |
|--|----|------------------|---------------------|--------------------|-----------|------------------------|---------|
| 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: |
| Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | Dir. Residencia | | | | | |
| Departamento | | Municipio | | Vereda | | Teléfono/Celular | |
| Empresa donde labora: | | Nit | | Empresa: | | | |
| Cargo: | | | Salario: | | | Número de días al mes: | |

Declaramos por medio del presente documento reconocido ante Notario que los arriba mencionados

(Datos del trabajador y Datos de la Cónyuge o compañera permanente convivimos en la dirección

Para constancia firman los intervinientes.

Firma del trabajador

Firma de la (del) cónyuge o compañera(o)

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