



## Caso 2: Trabajador y Conyuge



### 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 - 5743881

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

NUEVA (S)  PERSONA (S) A CARGO  TRASLADO

CODIGO: B-4-6-F-0-7

VERSION: 3

FECHA: 30/07/2008

#### DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR <b>DRUMMOND LTD</b>	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 <b>800021308-5</b>	TELEFONO <b>3157552476</b>
--	---	---	-------------------------------

#### DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO <b>TORRES</b>	SEGUNDO APELLIDO <b>SOLANO</b>	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 <b>77.000.000</b>	FECHA DE NACIMIENTO AÑO <b>74</b> MES <b>07</b> DIA <b>13</b>	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
PRIMER NOMBRE <b>LUIS</b>	SEGUNDO NOMBRE <b>CARLOS</b>				

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

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

PRIMER APELLIDO <b>GOMEZ</b>	SEGUNDO APELLIDO <b>ARIAS</b>	PRIMER NOMBRE <b>CLAUDIA</b>	SEGUNDO NOMBRE <b>HELENA</b>	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 <b>49.000.000</b>	FECHA DE NACIMIENTO AÑO <b>75</b> MES <b>01</b> DIA <b>30</b>	SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
MUNICIPIO DE RESIDENCIA <b>CODAZZI</b>		DIRECCION RESIDENCIA <b>CALLE 5 No. 4 - 14</b>		TELEFONO RESIDENCIA <b>5754000</b>		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 checked="" type="checkbox"/> BTO. INCOMPLETO <input type="checkbox"/>		TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>		NOMBRE DE LA EMPRESA O EMPLEADOR <b>N.A.</b>	
SALARIO BASICO MENSUAL <b>N.A.</b>		SALARIO BASICO MENSUAL <b>N.A.</b>		EL/LA CONYUGUE RECIBE CUOTA MONETARIA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		POR CUAL CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR <b>N.A.</b>	

#### 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			DISCAPACIDAD SI NO
				C.C.	R.C.			AÑO	MES	DIA	HUO	HUASTRO	PADRES	

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

#### PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: \_\_\_\_\_

DIGITADO POR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

#### RECEPCION DOCUMENTOS



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



C.A. INSTITUCION COMFACESAR

### Caso 3: Trabajador, Conyuge e hijos



## 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
TORRES	SOLANO	X	77.000.000
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DIA	SEXO F M
LUIS	CARLOS	74 07 13	X

ESTADO CIVIL ACTUAL				NIVEL EDUCATIVO				CENTRO COSTO					
SOLTERO	CASADO	<input checked="" type="checkbox"/>	UNION LIBRE	PRIM. COMPLETA	BTO. COMPLETO	TECNOLÓGICO	<input checked="" type="checkbox"/>	SEPARADO	DIVORCIADO	VIUDO	PRIM. INCOMPLETA	BTO. INCOMPLETO	UNIVERSITARIO
FECHA INGRESO EMPRESA AÑO MES DIA				PROFESION				OTRA EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE					
06 05 24				TECNICO MAQUINARIA PESADA				NOMBRE DE LA EMPRESA					
SALARIO BASICO MENSUAL				CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA				SALARIO BASICO MENSUAL					
2.000.000				OPERADOR				N.A.					
DIRECCION RESIDENCIA				BARRIO DE RESIDENCIA				MUNICIPIO DE RESIDENCIA					
CALLE 5 No. 4 - 14				LOS ALMENDROS				CODAZZI					
DIRECCION DONDE LABORA				BARRIO DONDE LABORA				MUNICIPIO DONDE LABORA					
DRUMMOND - LTD - LA LOMA				N.A.				LA LOMA - EL PASO					
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		N.A		N.A		AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> N.A					

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GOMEZ	ARIAS	CLAUDIA	HELENA
MUNICIPIO DE RESIDENCIA		DIRECCION RESIDENCIA	
CODAZZI		CALLE 5 No. 4 - 14	
TELEFONO RESIDENCIA		OCUPACION	
5754000		ESTUDIA	
NIVEL EDUCATIVO		TRABAJA	
PRIM. COMPLETA		X	
BTO. COMPLETO		PENSIONADO	
TECNOLÓGICO		Jubilado	
UNIVERSITARIO		N.A	
NOMBRE DE LA EMPRESA O EMPLEADOR		SALARIO BASICO MENSUAL	
N.A		N.A	
EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA		POR CUAL CABA DE COMPENSACION FAMILIAR	
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		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	X	0000000	X	05	11	7	X			
TORRES	GOMEZ	LUIS	CARLOS	X	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	<p>Certificado No. SC 5366 - 1 Certificado No. SC 5366 - 2 Certificado No. SC 5366 - 3 Certificado No. SC 5366 - 4</p>	

### **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**