

# 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](mailto: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 <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>	TELÉFONO <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> DÍA <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"/> 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 <b>06</b> MES <b>05</b> DÍA <b>24</b>	SALARIO BÁSICO MENSUAL <b>2.000.000</b>	PROFESIÓN <b>TECNICO MAQUINARIA PESADA</b>	OTRA EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE NOMBRE DE LA EMPRESA: <b>N.A.</b> SALARIO BÁSICO MENSUAL: <b>N.A.</b>		
DIRECCIÓN RESIDENCIA <b>CALLE 3 No. 4 - 14</b>	BARRIO DE RESIDENCIA <b>LOS ALMENDROS</b>	MUNICIPIO DE RESIDENCIA <b>CODAZZI</b>	SECTOR URBANO <input checked="" type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>	TELÉFONO <b>5754000</b>	
DIRECCIÓN 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 <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) <b>luis_torres@hotmail.com</b>	NÚMERO DE CUENTA DEL: <b>N.A.</b>	BANCO (SI TIENE) <b>N.A.</b>	TIPO DE CUENTA AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> <b>N.A.</b>	

### DATOS DEL CONYUGE 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) CONYUGE 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. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE IDENTIFICACION	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA	PARENTESCO			DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
								HUJO	HUASTRO	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.

<b>PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR</b>			<b>RECEPCION DOCUMENTOS</b>	
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/ANEXO 30 DE SUS 30 C.



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
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	SALARIO BASICO MENSUAL	PROFESION	OTRA EMPRESA CON QUIEN TRABAJA SIMULTANEAMENTE						
06 05 24	2.000.000	TECNICO MAQUINARIA PESADA CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA OPERADOR	NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO BASICO MENSUAL					
			N.A.						
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 SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CORREO ELECTRONICO ( E-MAIL ) ( SI LO TIENE )	NUMERO DE CUENTA DEL :	BANCO (SI TIENE)	TIPO DE CUENTA					
	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	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	OCUPACION				
CODAZZI	CALLE 5 No. 4 - 14	5754000	ESTUDIA	TRABAJA	JUBILADO		
			AMA DE CASA <input checked="" type="checkbox"/>	PENSIONADO			
NIVEL EDUCATIVO		NOMBRE DE LA EMPRESA O EMPLEADOR		SALARIO BASICO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA		
PRIM. COMPLETA	BTO. COMPLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	N.A	N.A	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
PRIM. INCOMPLETA	BTO. INCOMPLETO				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		

C:\LIXO\BIB\BIB\BIB\BIB

### **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**