FC-01

COMFAMILIAR CAMACOL

INSCRIPCIÓN DE TRABAJADORES BENEFICIARIOS PARA SUBSIDIO FAMILIAR

(Favor diligenciar a máquina o en letra imprenta original y copia)

NIT: _____ **DV:** ____

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA _____ CÓDIGO DE LA EMPRESA _____

1er APELLIDO 2do. APELLIDO NOMBRES COMPLETOS DEL TRABAJADOR _____ C.C. Nº. _____ DE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____ ____ ____ (AÑO MES DÍA) ESTADO CIVIL ____ SOLTERO ____ CASADO ____ VIUDO ____ UNIÓN LIBRE ____ SEPARADO

SALARIO MENSUAL ($) _____ Nº, AFILIACIÓN E.P.S. _____ Nº. HORAS LABORADAS (DÍA) _____

CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA _____ FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA ____ ____ ____ (AÑO MES DÍA)

DIRECCIÓN RESIDENCIA _____ BARRIO _____ MUNICIPIO _____ TELÉFONO _____

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL ESPOSO(A) O COMPAÑERO(A) _____ C.C. Nº. _____ DE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____ ____ ____ (AÑO MES DÍA)

EMPRESA DONDTE TRABAJA LA ESPOSA(O) O COMPAÑERA(O) _____ SALARIO MENSUAL ($) _____

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS (Personas a cargo)

COD.	1º APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRES	SEXO	PARENTESCO	DOC. IDENT. CC. OTRO.	ESCOLARID.	CALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
									AÑO	MES	DÍA
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											

SUBSIDIO	APROBADO

MES	AÑO	Nº. DE BENEFIC.

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

GM: _____

Firma del Trabajador Cédula de Ciudadanía Nº. _____	Firma y Sello de la Empresa Lugar y Fecha _____