

**TIPO DE AFILIACIÓN**

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR <input type="radio"/>	AUMENTO PERSONAS A CARGO <input type="radio"/>	ACTUALIZACIÓN DE DATOS <input type="radio"/>
--	--	--

**DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR**

<input type="checkbox"/> C.C. No. _____	<input type="checkbox"/> C.E. No. _____	<input type="checkbox"/> T.I. _____	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	ESTADO CIVIL	ZONA	MUNICIPIO-DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA	BARRIO
DIA	MES	AÑO	M	F	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO	<input type="radio"/> URBANA <input type="radio"/> RURAL
				<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO		
DIRECCIÓN					TELÉFONO RESIDENCIA	
CELULAR:			EMAIL:			
CARGO QUE DESEMPEÑA		HORAS LABORALES MES		SALARIO MES	MUNICIPIO DE PAGO:	ES SOCIO O PROPIETARIO DE LA EMPRESA SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

**DATOS DEL EMPLEADOR**

<input type="checkbox"/> NIT. _____	<input type="checkbox"/> C.C. No. _____	<input type="checkbox"/> C.E. _____	NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL	SUCURSAL O MUNICIPIO
-------------------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------	----------------------

**DATOS OTRAS EMPRESAS PARA LAS CUALES TRABAJA**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORALES MES	CAJA POR LA CUAL RECIBE SUBSIDIO	SALARIO MES
				\$
				\$

**GRUPO FAMILIAR**

**DATOS CÓNYUGE**

<input type="checkbox"/> C.C. No. _____	<input type="checkbox"/> C.E. _____	<input type="checkbox"/> T.I. _____	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	TRABAJA SI (Anexar certificado) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RECIBE SUBSIDIO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CAJA POR LA CUAL RECIBE SUBSIDIO	EMPRESA DONDE TRABAJA
DIA	MES	AÑO	M	F	SALARIO MES \$	TELÉFONO

**DATOS BENEFICIARIOS**

TIPO	Documento de identidad (indique tipo) Número	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO		FECHA NACIMIENTO			* PARENTESCO	DISCAPACITADO
				M	F	DIA	MES	AÑO		

\* (H.M.) HIJOS DE MATRIMONIO (H.E.) HIJOS EXTRAMATRIMONIALES (H.A.) HIJOS ADOPTIVOS (H.J.) HIJASTROS (H.H.) HERMANOS HUÉRFANOS

**PADRES MAYORES DE 60 AÑOS**

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	SEXO	FECHA NACIMIENTO			
			M	F	DIA	MES	AÑO

**FIRMAS**

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos contenidos en este documento son correctos	
_____ FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA	_____ FIRMA Y C.C. DEL TRABAJADOR

**OBSERVACIONES**


NOTA: Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad para poder ingresarlo a nuestra base de datos