

	FORMULARIO PARA INSCRIPCION, MODIFICACION Y TRASLADO DE TRABAJADOR	Versión	5
		F. Aprobación	10/08/2016
		Código	FO-MSF-02

TIPO DE NOVEDAD			Nº Radicación	Fecha Radicación	Nº Folios
<input type="checkbox"/> Inscripción de trabajador	<input type="checkbox"/> Actualización de información	<input type="checkbox"/> Traslado		DD MM AAAA	

DATOS DEL EMPLEADOR	
Nit. del empleador	Nombre o Razón Social

DATOS DEL TRABAJADOR	
----------------------	--

Tipo de documento:	<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E.	No.	Expedida en:	Nacionalidad:
--------------------	---	-----	--------------	---------------

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

Fecha Nacimiento	Lugar de Nacimiento		
DD MM AAAA	Departamento:	Municipio	Vereda:

Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Salario	Fecha de Ingreso	DD MM AAAA
<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	\$ _____		

Nivel ocupacional		Nivel Educativo		Trabajador	Labora por horas
<input type="checkbox"/> Operativo	<input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Directivo	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Staff	<input type="checkbox"/> Servicio Doméstico				

Dir. Residencia	Barrio
-----------------	--------

Departamento	Municipio	Vereda
--------------	-----------	--------

Telefono casa	Celular	E-mail
---------------	---------	--------

DATOS DEL EMPLEADOR ANTERIOR (En caso de Traslado)	Nombre o Razón social
NIT	

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Córdoba "Comfactor" con el Nit: 891.080.005-1, para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar, y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a sus finales o vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas, servicios, campañas, promociones o concursos de carácter comercial o publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012.

Autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contactos, entre otros: número de teléfono móvil, teléfonos fijos, correo electrónico, dirección de correspondencia o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología

Si No

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada en el presente formulario es exacta y necesaria para las funciones de Las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec. 586/04 y Res. 058/04.

_____ FIRMA Y SELLO DE EMPLEADOR	_____ FIRMA DEL TRABAJADOR
--	--------------------------------------

ESPACIO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACTOR

NIT EMPLEADOR	CEDULA DE TRABAJADOR	Nº de Folios	Fecha Radicación	Nº Radicación
			DD MM AAAA	

Nombre del Trabajador: Documentos Recibidos: _____ Cónyuge: _____ Hijos e hijastros: _____ Hermanos Huérfanos: _____ Padres mayores de 60 años: _____	Firma y sello de recibido
---	---------------------------

VICILADO SuperSubsidio

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Diligencie completamente el formulario, en letra imprenta o a máquina, sin tachones ni enmendaduras..

Escriba correctamente el número de identificación del trabajador y el NIT de la empresa.

Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación este completa.

INSTRUCCIONES

Cada uno de los ítems deberá ser diligenciado teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:

TIPO DE NOVEDAD

Indique la utilización que le va a dar al formulario: Inscripción de trabajador si se va a afiliarse por primera vez a la Caja; Actualización de Información si va a solicitar la modificación o actualización de información propia del trabajador; Traslado si se va a afiliarse pero ya estaba afiliado con otra empresa.

NOTA: Si su tipo de novedad es traslado, debe diligenciar los datos del empleador anterior (Nit y Razón Social).

DATOS DEL EMPLEADOR

Diligenciar en forma correcta la Razón Social y número del NIT de acuerdo con el registrado en COMFACOR.

DATOS DEL TRABAJADOR

La información correspondiente a este ítem se debe suministrar en forma completa.

DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR A ESTE DOCUMENTO

Anexar fotocopia de la cédula de ciudadanía del trabajador

CAUSALES DE RECHAZO

1. Formatos y/o documentos:

Mal diligenciados

llegibles

Enmendados

Incompletos

Ítems: _____

2. Anexos

Fotocopia de cedula de ciudadanía

3. Otro: _____

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

La Caja de Compensación Familiar de Córdoba-Comfacor, declara que protege los datos suministrados por sus afiliados y no afiliados en virtud de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular. Dicho tratamiento podrá realizarse directamente por Comfacor y/o por el tercero que éste determine.

Comfacor informa al titular de los datos personales que le asisten los siguientes derechos:

- 1) Conocer, actualizar y reciclar sus datos personales frente a Comfacor y/o al tercero que éste determine.
- 2) Solicitar prueba de autorización otorgada.
- 3) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas y reclamos.
- 4) Revocar la autorización y/o solicitar ante la Superintendencia de Industria y Comercio la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.
- 5) Acceder en forma gratuita a sus datos personales.

Comfacor informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones de la política de tratamiento de datos de Comfacor y elevar cualquier solicitud, petición, queja, reclamo o sugerencia, a través de líneas de Atención al Usuario de Comfacor: Línea 7835363 Ext 379-286-100, línea nacional gratuita 018000914813, página web: www.comfacor.com.co opción PQRs y correo electrónico: quejasyreclamos@comfacor.com.co.

