

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

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

<b>DATOS DEL EMPLEADOR</b>	
Nit. del empleador	Nombre o Razón Social

<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>	
-----------------------------	--

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	Estado Civil	Salario	Fecha de Ingreso	DD MM AAAA
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<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)	\$ _____		

<b>Nivel ocupacional</b>		<b>Nivel Educativo</b>		<b>Trabajador</b>	<b>Labora por horas</b>
<input type="checkbox"/> Operativo <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Servicio Doméstico	<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"/>		

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

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

Teléfono casa	Celular	E-mail
---------------	---------	--------

<b>DATOS DEL EMPLEADOR ANTERIOR (En caso de Traslado)</b>	Nombre o Razón social
NIT	

<b>AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES</b>
---

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

<b>ESPACIO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACTOR</b>				
--	--	--	--	--

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

<b>Nombre del Trabajador:</b> 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

Illegibles

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](http://www.comfacor.com.co) opción PQRs y correo electrónico: [quejasyreclamos@comfacor.com.co](mailto:quejasyreclamos@comfacor.com.co).

