

### TIPO DE AFILIADO

#### Dependientes

Trabajador dependiente       Servicio doméstico   
 Representante legal       Madre comunitaria   
 Taxista       Veterano fuerza pública

#### Independientes

Trabajador independiente 0.6%   
 Trabajador independiente 2%

#### Pensionados

Pensionado exento       Por fidelidad       Por convenio   
 Pensionado 0.6%   
 Pensionado 2%

### DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Nit.: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL TRABAJADOR

**Tipo de documento**      **No. documento**      **Primer Apellido**      **Segundo Apellido**      **Primer Nombre**      **Segundo Nombre**      **Fecha de nacimiento**

CC  TI  CD  \_\_\_\_\_  
 CE  PA  PE  \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Estado civil: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Tipo de vivienda: Propia  Arrendada  Otro  Nivel educativo: Primaria  Secundaria  Técnico  Tecnólogo  Universitario  Posgrado

e-mail: \_\_\_\_\_ Autorizo el envío de información: SI  NO  Fecha de ingreso a la empresa: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Tipo de sueldo: Promedio  Completo  Sueldo básico \_\_\_\_\_

Ocupación o cargo: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: Medio tiempo (< 4 horas/día)  Tiempo completo (> 4 horas/día)  Discapacitado  Discapacidad: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA ESPOSA (O) O COMPAÑERA (O)

**Tipo de documento**      **No. documento**      **Primer Apellido**      **Segundo Apellido**      **Primer Nombre**      **Segundo Nombre**      **Fecha de nacimiento**

CC  TI  CD  \_\_\_\_\_  
 CE  PA  PE  \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Nivel educativo: Primaria  Secundaria  Técnico  Tecnólogo  Universitario  Posgrado  Sueldo: \_\_\_\_\_ Discapacitado

Discapacidad: \_\_\_\_\_ Ocupación o cargo: \_\_\_\_\_ Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ NIT. de la empresa: \_\_\_\_\_

### PERSONAS BENEFICIARIAS DEL SUBSIDIO FAMILIAR

NP	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sexo		Disc.	Clase					Fecha de nacimiento			Documento de identidad		No. Cédula
					M	F		Padre	Madre	Hijos	Hijastros	Hermanos	Día	Mes	Año	Ind. Serial	NUIP/TI	
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		

Revisado por: \_\_\_\_\_ Firma del trabajador: \_\_\_\_\_ Firma y sello de la empresa: \_\_\_\_\_

Autorizo, permito y acepto que la información que suministro en este formulario o que suministre en documentos anteriores para afiliarme a Combarranquilla sea utilizada por esta entidad para fines administrativos, publicitarios, de mercadeo y de ventas. A partir de la fecha de recibido este formulario, se podrán utilizar los servicios de Combarranquilla en los diferentes puntos de atención, suministrando el nombre o número de cédula del afiliado. El carné de afiliación se entregará dos (2) meses después de recibido este formulario.