FORMULARIO PARA ADICIONALES

Enviar documentación antes del día 5 de cada mes

Documento no controlado. Formato aprobado en agosto de 2009. Verificar su vigencia en el Departamento de Aportes y Subsidio.

Combarranquilla
Caja de Compensación Familiar

DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa: | Nit.:

DATOS DEL TRABAJADOR

Cédula: | Primer apellido: | Segundo apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre:

DATOS DE LA ESPOSA(O) O COMPAÑERA(O)

Cédula: | Primer apellido: | Segundo apellido: | Primer nombre: | Segundo nombre:

Fecha de nacimiento: DD | MM | AA | Ocupación u oficio: | Empresa donde trabaja: | Nit.: | Sueldo:

Nota: Anexar certificación de sueldo de la esposa(o) o compañera(o)

NP	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sexo	Disc.	Clase				Fecha de nacimiento			Documento de identidad		
							Padre	Hijo	Hijastro	Hermanos	Día	Mes	Año	Ind. Sedal	NUIP/TI	No. Cédula

Documentos de prueba que acompañan a este formulario:

- Registro Civil ◯
- Certificado Escolaridad ◯
- Fotocopia Cédula ◯
- Certificado TR Cónyuge ◯
- Sentencia de Separación ◯
- Registro Civil Trabajador ◯
- Declaración Extrajuicio ◯
- Certificado de Supervivencia ◯
- Certificado de Discapacidad ◯
- Certificado de Otras Cajas ◯

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar Combarranquilla realice el tratamiento respectivo, consistente en la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar, o en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, reconocimiento y pago de la cuota monetaria, notificar o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularla para fines publicitarios, y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Dicho tratamiento se podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su política de protección de datos, según lo reglamentado por la *Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 del 2013.CC.*

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO | FIRMA TRABAJADOR | FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

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.

Vigilado Supersubsidio