

### 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       \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      Día  Mes  Año   
 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       \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      Día  Mes  Año   
 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			
					M	F		Padre	Madre	Hijos	Hijastros	Hermanos	Día	Mes	Año	Ind. Serial	NUIP/TI	No. Cédula	
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.