

AFILIACIONES Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTE, INDEPENDIENTE Y PENSIONADOS

I. TIPO DE AFILIADO

Dependiente
 Independiente
 Pensionado
 Facultativo
 Doméstico
 Fidelidad 25 años
 Otros

Nueva afiliación
 Adición de personas a cargo
 Reintegro del trabajador
 Reactivación

II. DATOS DEL EMPLEADOR

NIT
 C.C.
 C.E.
 P.A.
 T.I.
 P.E.P.
 Nombre o Razón Social _____ Teléfono _____
 No. _____

III. DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR

C.C.
 C.E.
 P.A.
 NIT
 PEP
 PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRES _____
 No. _____

Fecha de Nacimiento			Estado Civil <input type="radio"/> 1. Soltero <input type="radio"/> 2. Casado <input type="radio"/> 3. Viudo <input type="radio"/> 4. Divorciado <input type="radio"/> 5. Unión Libre <input type="radio"/> 6. Separado	Cargo	Fecha de ingreso a laborar			Salario Mensual _____	
Día	Mes	Año			JORNADA DE TRABAJO			HORAS QUE LABORA AL MES _____	
Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino			PARCIAL <input type="radio"/> 1/2 TIEMPO <input type="radio"/> COMPLETO <input type="radio"/>	Día			TIPO DE VIVIENDA <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbano		
Pertenenencia Étnica (VER AL RESPALDO)				Grado de Escolaridad			Factor de Vulnerabilidad (VER AL RESPALDO)		
Dirección Vivienda						Barrio			
Municipio				Estrato	Teléfono Casa		Número de Celular		
¿Realiza operaciones tributarias? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
¿Cuál? Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Envío y/o recepción de giros <input type="checkbox"/>									
Pagos Servicios <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál? _____									
Autorizo el envío de mensajes electrónicos a través de cualquier medio o dispositivo. SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Correo electrónico _____									

IDENTIFICACIÓN PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE Y/O PUBLICAMENTE

¿GOZA O GOZÓ DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI NO SI SEÑALÓ LA OPCIÓN SI EN ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, FAVOR INDICAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN
 ¿ADMINISTRA O ADMINISTRÓ RECURSOS PÚBLICOS? SI NO CARGO _____
 ¿EJERCE O EJERCIÓ PODER PÚBLICO EN ALGÚN MOMENTO? SI NO FECHA DE VINCULACIÓN _____
 FECHA DE VINCULACIÓN _____

IV. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE, COMPAÑERO(A) O PROGENITOR DE LOS HIJOS.

C.C.
 C.E.
 P.A.
 NIT
 PEP
 PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRES _____
 No. _____

Fecha de Nacimiento			Sexo <input type="radio"/> Masc <input type="radio"/> Fem	Trabaja SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Ingreso a la Empresa			Recibe Subsidio SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Caja por la cual recibe subsidio
Día	Mes	Año			Día				
Dirección Residencia: _____ Teléfono: _____									

V. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Con Sub.	No. Doc. Identificación	Tipo	Nombres	Apellidos	Parentesco				Cert. Estudio	Cert. Discapacidad	Fecha de Nacimiento			Sexo	
					Hijo	Hno.	Pdre.	Htro.			DD	MM	AAAA	M	F

VI. DECLARACIÓN JURAMENTADA

BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARAMOS QUE LOS DATOS ANTERIORMENTE RELACIONADOS SON EXACTOS, VERÍDICOS Y CORRESPONDEN A LA CONFORMACIÓN ACTUAL DEL GRUPO FAMILIAR DEL TRABAJADOR, ACEPTANDO QUE ESTA INFORMACIÓN ES LA QUE QUEDARÁ REGISTRADA A LA AFILIACIÓN EN COMFAORIENTE.

_____ Firma responsable y sello (EMPRESA)
 _____ Firma y C.C. Trabajador

USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Comfanorte <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Padre Pensionado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Usuario que Válida	Sello Multibanco	Sello Digitación	Sello Archivo
--	------------------	------------------	---------------

ESTA COPIA REEMPLAZA EL CARNÉ DURANTE DOS MESES, A PARTIR DE LA FECHA DE RADICADA LA INSCRIPCIÓN

Cédula _____

Trabajador _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PERSONAS A CARGO	NOMBRE

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS Y OTRAS DECLARACIONES

Obrando en nombre propio y/o en representación de la persona jurídica, declaro expresamente que la información suministrada es verídica, cierta y fidedigna, y tiene por objeto solicitar la Afiliación a COMFAORIENTE. En caso de ser aceptada nos comprometemos a cumplir y respetar todas las normas y estatutos de COMFAORIENTE, así como la legislación del subsidio familiar. La violación por parte del empleador de cualquier de las normas dará derecho a COMFAORIENTE a ordenar la expulsión de la empresa afiliada; así mismo, declaro:

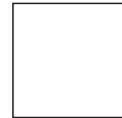
1. Los recursos poseídos provienen de la (s) siguiente (s) actividad (es):
2. Ni el suscrito y/o ni su representada están relacionados ni pretenden involucrar a la Caja de Compensación del Oriente Colombiano COMFAORIENTE ni a ninguna de sus unidades de negocio, en actividades relacionadas con delitos como: lavado de activos y/o financiación del terrorismo, contrabando o cualquier otra actividad de carácter ilícito.
3. Los bienes y/o recursos recibidos por la Caja de Compensación del Oriente Colombiano COMFAORIENTE y/o alguna de sus unidades de negocio con ocasión de la relación comercial, serán destinados al desarrollo de actividades ilícitas.

A través de la firma del presente documento declaro mi conformidad con el almacenamiento, procesamiento y utilización por parte de la Caja de Compensación del Oriente Colombiano COMFAORIENTE y/o alguna de sus unidades de negocio de los datos suministrados a través del diligenciamiento del presente formulario, esto en los términos que establece la Ley 1581 de 2012 - Ley de Protección de Datos Personales.

FIRMA _____

IDENTIFICACIÓN _____

CIUDAD Y FECHA _____



HUELLA

LA AFILIACIÓN COMO TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y/O PENSIONADO NO DA LUGAR AL PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR EN DINERO

PERTENENCIA ÉTNICA

1. Afrocolombiano
2. Comunidad Negra
3. Indígena
4. Palenquero
5. Raizal
6. Gitano
7. Ninguno

FACTOR DE VULNERABILIDAD

1. Desplazado
2. Víctimas del conflicto armado (No desplazado).
3. Desmovilizado o reinsertado
4. Hijo(as) de madres cabeza de familia
5. Damnificado desastre natural
6. Cabeza de familia
7. En condición de discapacidad
8. Población migrante
9. Población zonas fronteras (Nacionales)
10. Ejercicio del trabajo sexual
11. No aplica

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA AFILIACION DE TRABAJADORES

- Anexar copias legibles y/o originales de los documentos requeridos.
- No se aceptan documentos ilegibles, con enmendaduras y sin las firmas respectivas.
- La ley establece que no hay derecho en pagos de subsidios en fracciones, pero será reconocido al trabajador que haya laborado como mínimo 96 horas al mes y su remuneración sea proporcional a estas y al trabajador que labore en tiempo completo con un salario no inferior a un salario mínimo legal vigente.

REQUISITOS GENERALES AFILIACION SERVICIOS

TRABAJADOR SOLTERO

- Formulario de afiliación debidamente diligenciado.
- Fotocopia de cedula de ciudadanía del trabajador.

CON CÓNYUGE SIN HIJOS

- Formulario de afiliación debidamente diligenciado.
- Fotocopia de cedula de ciudadanía del trabajador.
- Fotocopia de cedula de ciudadanía del (a) cónyuge compañero (a).
- Partida de matrimonio. Si es unión libre declaración conjunta de convivencia. Utilizar formato establecido por el ministerio de trabajo.

HIJOS (SERVICIOS)

- Formulario de afiliación debidamente diligenciado.

- Fotocopia de cedula de ciudadanía del trabajador.
- Fotocopia de cedula de ciudadanía del cónyuge
- Registro civil de nacimiento de cada hijo para acreditar parentesco.
- Si es mayor de 7 años fotocopia de tarjeta de identidad, o cedula si es mayor de 18 años (según) el caso.

PADRES (SERVICIOS).

- Formulario de afiliación debidamente diligenciado.
- Fotocopia de cedula de ciudadanía del trabajador.
- Fotocopia de cedula de ciudadanía del padre o de la madre para afiliar por servicios.
- Registro civil del trabajador para acreditar parentesco.

REQUISITOS GENERALES PARA EL PAGO DE SUBSIDIOS

CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN

- Formulario de afiliación debidamente diligenciado
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía del trabajador.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía del(a) cónyuge o compañero (a).
- Constancia laboral del cónyuge (si labora).
- Partida de matrimonio. Si es unión libre declaración conjunta de convivencia, firmada por el trabajador. Utilizar formato establecido por el Ministerio de Trabajo.
- Registro civil de nacimiento de los hijos, para demostrar parentesco, con número de cedula de los padres, legible sin autenticar. Además tarjeta de identidad para hijos mayores de 7 años y cedula de ciudadanía para mayores de 18 años según el caso.
- Certificado de estudio para hijos mayores de 12 años hasta los 18 años (se considera de 18 años hasta antes de cumplir los 19 años) Las constancias de escolaridad se deben renovar cada año a excepción de los universitarios y técnicos los cuales se renuevan cada 6 meses.
- Para hijos con discapacidad: certificado del medico tratante o entidad competente que constate dicha discapacidad.

CON CÓNYUGE E HIJASTROS

- Formulario de afiliación debidamente diligenciado.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía del trabajador.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía del cónyuge.
- Constancia laboral o declaración de dependencia económica de los hijastros. Utilizar formato establecido por el Ministerio de Trabajo.
- Partida de matrimonio. Si es unión libre declaración conjunta de convivencia. Utilizar formato establecido por el Ministerio de Trabajo.
- Registro civil de los hijastros, demostrando parentesco, con número de cedula de los padres, legibles y sin autenticar. Además, la tarjeta de identidad si es mayor de 7 años y cedula de ciudadanía si es mayor de 18 años según el caso.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años y hasta los 18 años (los 18 años se consideran hasta cumplir los 19 años). Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada 6 meses.
- Documento de la custodia legalmente emitida por la entidad competente (I.C.B.F., Comisaría de Familia, Juzgado de Familia).
- Para hijos con discapacidad: Certificado del medico tratante entidad competente que constate dicha discapacidad.
- En caso de custodia compartida, se pide certificación laboral de madre o padre biológico, según sea el caso para determinar ingresos y si recibe subsidios o no por el mismo hijo.

TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS

- Formulario de afiliación debidamente diligenciado.
- Fotocopia Cedula de ciudadanía del trabajador.
- Fotocopia de cedula de la madre o padre del menor.
- Registro civil de los hijos demostrando parentesco y con número de cedulas de los padres, además fotocopia de tarjeta de identidad para los mayores de 7 años o fotocopia de cedula para los mayores de 18 según el caso.
- Certificados de estudio para los mayores de 12 años y hasta los 18 años (los 18 se consideran hasta antes de cumplir los 19 años) Los certificados de escolaridad se deben renovar cada año a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada 6 meses.

NOTAS IMPORTANTES

Las constancias de estudio escolar deben presentarse todos los años antes del 30 de marzo. Las constancias universitarias deben renovarse 2 veces al año antes del 30 de marzo y antes del 30 de septiembre.

Señor afiliado: Si usted ha cobrado el subsidio familiar y tiene la documentación registrada en nuestra Caja de Compensación Familiar, debe diligenciar el formulario de afiliación para actualización de datos, y anexar actualizar documentos de identidad de beneficiarios en caso de que halla cambiado según sea el rango de edad.

Según lo previsto en el Artículo 37 de la Ley 21 de 1982, todo trabajador beneficiario tiene la obligación de avisar a la Caja de Compensación directamente o por conducto del empleador los nacimientos o muerte de personas a cargo, el término de la convivencia o cualquier otro hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio familiar.

- universitarios y técnicos que se renuevan cada 6 meses.
- Para que el subsidio sea cancelado al padre del menor, debe anexar documento de la custodia legalmente emitida por la entidad competente (I.C.B.F., Comisario de Familia, Juzgado de familia)
- Si es separado debe anexar escritura pública o sentencia judicial de liquidación conyugal.
- **Para hijos con discapacidad: Certificado del médico tratante o entidad competente que constate dicha discapacidad.**

PADRES

- Formulario de afiliación debidamente diligenciado.
- Fotocopia de Cedula de ciudadanía del trabajador.
- Fotocopia del documento de identidad de los padres. (para verificar si alguno de los dos tienen pensión o si ya están afiliados al sistema de subsidios familiar).
- Registro civil del trabajador con parentesco legible y sin autenticar.
- Declaración juramentada de dependencia económica, donde manifiesta que el padre a afiliar no recibe pensión, salario ni renta, utilizando el formato establecido por el Ministerio de Trabajo. Padre o madre debe ser mayores de 60 años si es menor debe tener capacidad física disminuida y debe probarse mediante certificado del medico tratante o entidad competente indicando la discapacidad.
- Certificado de la EPS donde conste tipo de afiliación.
- **Para padres discapacitados se debe anexar certificado del medico tratante o entidad competente que constate dicha discapacidad.**

HERMANOS HUERFANOS DE PADRE Y MADRE

- Formulario de afiliación debidamente diligenciado.
- Cedula de ciudadanía del trabajador.
- Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador. Utilizar formato establecido por el Ministerio de Trabajo.
- Registro civil de nacimiento del trabajador con número de cedula de los padres legible y sin autenticar.
- Registro civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad, legible además fotocopia de la tarjeta de identidad si es mayor de 7 años o cedula si es mayor de 18 años, según el caso.
- Registro civil de defunción de los padres.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años hasta los 18 años (los 18 se consideran hasta antes de cumplir los 19 años) los certificados de escolaridad se deben renovar cada año a excepción de los universitarios y técnicos que se renuevan cada 6 meses.
- **Para hermanos con discapacidad: certificado del medico tratante o entidad competente constatando la discapacidad.**

Para tener derecho al subsidio extraordinario por muerte del trabajador o de las personas afiliadas, el trabajador o su cónyuge debe presentar la partida de defunción de la persona fallecida dentro de los 30 días siguientes al fallecimiento, en caso contrario perderá el derecho.



www.comfaorientes.com

PBX: 574 88 80 • 574 88 81

Avenida 2 N° 13-75

Cúcuta (Norte de Santander)



comfaorientes

VIGILADO Supersubsidio

	FORMATO AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Versión: 01 F-GC-23
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	Fecha de Aprobación: 20/Nov/2018
	GESTION DE CALIDAD	Página 1 de 1

Ciudad _____ Fecha: _____

Yo, _____, identificado(a) con el documento de identidad _____, No, _____, como titular de mis datos personales, manifiesto que de conformidad con el artículo 12 de la Ley 1581 de 2012 de la República de Colombia, la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano COMFAORIENTE, me ha informado lo siguiente:

Que tratara mis datos personales suministrados en este formulario, manual o electrónicamente, para los siguientes fines: consultar, compartir, divulgar, reproducir, entregar, suministrar, publicar, cruzar, informar, actualizar, rectificar, recolectar, circular, usar, suprimir datos, tramitar, obtener, almacenar, gestionar, recaudar, legalizar, desembolsar, acceder, vincular, consultar, enviar, postular, difundir, reembolsar, disponer, sistematizar, hacer estudios de mercado, investigaciones estadísticas, evaluar, realizar campañas de promoción, comercialización y fidelización de los productos, servicios y/o proyectos, y suministrar la información objeto de tratamiento a los terceros que se requieran para efectos de consolidar, promocionar, verificar y fidelizar; efectuar en general cualquier tratamiento de la información en todo lo relacionado con las diferentes clases de subsidios gestionados y entregados por la Caja de Compensación Familiar; para realizar trámites ante diferentes entes u organizaciones, en relación con el otorgamiento de subsidio y/o habilitación de condiciones para el acceso a subsidio y/o ser beneficiario de proyectos gestionados por la Caja de Compensación; para el cierre de brechas y eliminación de barreras conforme a lo establecido en la Ley 1636 de 2013 – ruta de empleabilidad; remisión a capacitaciones para inserción laboral; para gestión, inscripción, seguimiento de servicios, generación de vacantes y seguimiento a contratados, oferta de procesos empresariales, generación de indicadores; información para estadística y caracterización de población; intervención y respuestas de PQRS; envío y realización de encuestas de evaluación y satisfacción; para validación de beneficios de subsidio; contactar para ampliar información sobre el portafolio de servicios y productos que ofrece la caja; para realizar gestión financiera y de cobro de cartera; identificar impacto y cobertura de la Caja y entregar a los diferentes entes del Estado la información correspondiente; validar y consultar información financiera y crediticia en concordancia con lo establecido en la Ley 1266 de 2008; seguimiento al proceso de satisfacción del cliente y planes de mejoramiento; entregar y reportar información al DANE; para dar cumplimiento a los fines del Sistema de Subsidio Familiar en Colombia, conforme a lo establecido en la Ley 21 de 1982 y la Ley 789 de 2002; transferencia y transmisión de datos a los distintos entes del Estado por obligación legal o requerimiento expreso; entrega de datos a terceros para la realización de encuestas; para realizar estudios estadísticos directamente o a través de un tercero; enviar información de servicios de la Caja, como son los de Educación, Cultura, Salud, Emprendimiento, Fomento Empresarial, Vivienda, Subsidio, Recreación y Turismo, Crédito Social, Convenios y Descuentos, y los demás que ofrezca; dar cumplimiento a la legislación vigente aplicable en materia de educación y demás servicios que ofrece la Caja de Compensación en el marco del Sistema del Subsidio Familiar en Colombia; cumplir las instrucciones de las autoridades judiciales y administrativas competentes; Acceder, consultar, validar o corroborar mis datos personales (privados, semiprivados, sensibles o reservados) que reposen o estén contenidos en base de datos o archivos de empresas, o cualquier Entidad Pública o Privada ya sea nacional, internacional, ubicado en Colombia o cualquier otro país, a quien autorizo se le suministren mis datos personales o se efectúe la transferencia y/o transmisión nacional o internacional necesaria según sea el caso, para que realice el tratamiento en nombre de COMFAORIENTE; suministrar, compartir, enviar o entregar mis datos personales a sus empresas filiales, subsidiarias, vinculadas y ubicadas en Colombia o en cualquier otro país. En este último caso, autorizo explícita e inequívocamente la transmisión y/o transferencia internacional de datos que sea necesaria para dicho efecto; enviar mi información, en caso de que sea necesario o pertinente, a los servicios o centros de datos (Data Centers) de COMFAORIENTE ubicados fuera del país para los fines del tratamiento autorizado o para propósitos de almacenamiento y/o eventuales servicios de hosting o cloud computing (computación en la nube) que COMFAORIENTE contrate o requiera; dar cumplimiento a normas y autoridades locales, extranjeras o internacionales.

Es facultativo responder preguntas que versen sobre información sensible o sobre datos de niñas, niños o adolescentes. Dentro de los datos personales que proporciono a COMFAORIENTE se encuentran huellas dactilares, firmas, fotos y otros datos personales que permiten identificarme o ubicarme, y que son de facultativo suministro. Las huellas dactilares pueden ser tratadas por fines de seguridad, validación de información y como sistema de identificación biométrica.

En mi condición de titular de los datos personales propios y de mi núcleo familiar que suministro, manifiesto que tengo los siguientes derechos en adición a los previstos en la Constitución, en la ley y sus normas reglamentarias: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales y de mi familia frente a los Responsables del Tratamiento – COMFAORIENTE – o Encargados del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer; entre otros, frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento este expresamente prohibido o no haya sido autorizado; b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el Tratamiento, de conformidad con lo previsto en el Artículo 10 de la Ley 1581 de 2012; c) Ser informado por el Responsable del Tratamiento o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la citada ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen; e) Revocar mi autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales o en los demás casos previstos en la ley; f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

También ha sido informado que la Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano – COMFAORIENTE NIT. 890.500.675-6, con domicilio en la Avenida 2 Nro 13-75, barrio la Playa de Cúcuta- Colombia, contacto electrónico: www.comfaorientes.com o servicioalcliente@comfaorientes.com, Teléfono 574 88 80 574 88 81 Extensión 1051, es el responsable del tratamiento de los datos personales suministrados para el adecuado desarrollo de sus actividades como Caja de Compensación. Adicionalmente, manifiesto que COMFAORIENTE ha puesto en mi conocimiento su política para la administración de datos personales, y a través de ella también me ha informado las finalidades para las cuales serán tratados mis datos personales, la cual está disponible en www.comfaorientes.com

Teniendo en cuenta lo anterior, de manera previa, expresada e informada, autorizo a COMFAORIENTE para que recolecte y trate mis datos personales (incluso datos sensibles) para los fines relacionados y en particular para aquello relacionado con cuestiones de orden legal por el tiempo que sea necesario para alcanzar dicha finalidad o el máximo legal permitido. Esta autorización comprende la información que suministro verbalmente o por escrito.

En caso de ser necesario para cumplir las finalidades autorizadas o para procesos de cloud computing o big data, autorizo que los datos personales suministrados sean transferidos y/o tramitados a cualquier país del mundo que proporcione o no niveles adecuados de protección de datos.

De otra parte, me comprometo a leer, escribir, respetar y aplicar la política de tratamiento de datos personales de COMFAORIENTE disponible en la página web www.comfaorientes.com

He leído, he sido informado y autorizo todo lo anterior.

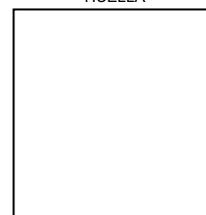
Cordialmente,

FIRMA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

TIPO DE DOCUMENTO: CC ___ CE ___ PA ___ PEP ___ NÚMERO DOCUMENTO: _____

HUELLA



CONOCE TU CATEGORÍA DE AFILIADO

CATEGORÍA

A

Trabajadores con ingresos de hasta **DOS SALARIOS MÍNIMOS** legales mensuales vigentes.

CATEGORÍA

B

Trabajadores con ingresos de hasta **CUATRO SALARIOS MÍNIMOS** legales mensuales vigentes.

CATEGORÍA

C

Trabajadores con ingresos de más de **CUATRO SALARIOS MÍNIMOS** legales mensuales vigentes.

CATEGORÍA

D

PARTICULARES. Categoría de **NO** afiliados a la Caja de Compensación.



320 8994908



www.comfaoriente.com



Comfaoriente



@comfaoriente



comfaoriente

PBX. 5748880 - 5748881

Av. 2da N° 13-75

Cúcuta - Norte de Santander



COMFAORIENTE