

No. Radicación

**I. TIPO DE NOVEDAD**

Inscripción Trabajador     Adición de personas a cargo     Modificación de Información     Traslado

**II. DATOS DEL EMPLEADOR**

NIT     C.C.     C.E.    Nombre o razón social    Sucursal

Dirección    Teléfono

**III. DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR**

C.C.     C.E.     T.I.    Nombre    Primer apellido    Segundo apellido

Fecha de Nacimiento    Estado Civil    Nivel Ocupacional    Nivel Educativo    Fecha de ingreso a la Empresa    Horas que labora al mes

Sexo    Socio    Propietario    1. Soltero    2. Separado    3. Viudo    4. Unión Libre    5. Casado    1. Operativo    2. Administrativo    3. Directivo    4. Staff    5. Ejecutivo    6. Profesional    7. Técnico    1. Ninguno    2. Primaria    3. Secundaria    4. Técnico    5. Profesional    6. Otro

Barrio    Dirección Vivienda    Municipio    Estrato    Teléfono Casa

Dirección Trabajo    Departamento    Municipio    Teléfono Oficina    Trabajador    Rural    Urbano

Correo Electrónico    Celular

**INFORMACIÓN OTROS EMPLEADOS PARA LOS CUALES TRABAJA**

Nombre o razón social de otro empleador para el cual trabaja	NIT	Horas que labora al mes	Salario Mensual	Caja por la cual recibe Subsidio

**DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUAL TRABAJÓ ANTERIORMENTE**

Nombre o razón social para el cual trabajó anteriormente	NIT	Fecha del retiro (aaa/mm/dd)	Mes último de Subsidio	Caja Anterior

**IV. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGUE O COMPAÑERO**

C.C.     C.E.     T.I.    Nombre    Primer apellido    Segundo apellido

Ocupación    Fecha de Nacimiento    Sexo    Trabaja Si  No     Fecha de Ingreso a la Empresa

1. Pensionado    2. Desempleado    3. Hogar    4. Empleado    5. Independiente    6. Otro    Masc    Fem    Salario Mensual

Recibe Subsidio    Si  No     Caja por la cual recibe Subsidio

**V. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR**

B.	Tipo	No. Doc. Identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco			Estudios/Actividades	Fecha de Nacim.				Sexo
					Hijo	Hno	Padre		DD	MM	AAAA	M	

<b>VI. EMPLEADOR SOLICITANTE</b>		Espacio reservado para sello
Declaro bajo gravedad de juramento que este informe ha sido examinado por mí y que todos los datos contenidos son exactos		
Firma responsable y sello _____	Firma y C.C. del trabajador _____	
<b>PARA USO RESPONSABLE DE LA CAJA</b>		
Recibe Sub	Observaciones: _____	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	
No. Benefic. _____	_____	

Centro Integral de Servicios. CIS. Centro Comercial Los Ejecutivos. Bloque B Local 26. PBX: 6514917-6513603 y La Matuna, ave. Venezuela No. 8-20. PBX: 6723810

**Autorizo al tratamiento de mis datos personales incorporados en la solicitud y en otros documentos, tal y como se dispone en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y su decreto reglamentario 1377 del 27 de junio de 2013. Del mismo modo, siempre que así lo estime, podré ejercitar mi derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento, dirigiéndome siempre por escrito.**

Firma \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_