

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BOYACÁ "COMFABOY"
RELACION DE TRABAJADORES Y SALARIOS COMO REQUISITO PARA AFILIACION DE EMPRESAS
 (Ley 21 de 1982, Artículo 57. Afiliación a las Cajas de Compensación Familiar)



NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA: _____ **NIT :** _____ **FECHA DE SOLICITUD DE AFILIACION:** _____

Por medio de la presente relaciono los trabajadores que estan a cargo de la empresa y por los cuales se gestiona la afiliación a la Caja de Compensación familiar de Boyacá "COMFABOY" en cumplimiento a la norma, donde posteriormente se hará llegar los documentos para la formalización de la afiliación del trabajador y sus beneficiarios.

TIPO DOC.	No. DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	FECHA NACIMIENTO	FECHA EXPEDICION	CIUDAD NACIMIENTO	DIRECCION	CELULAR	CORREO ELECTRONICO	ESTATURA	RH	FECHA DE INGRESO A LABORAR	SALARIO MENSUAL

* INDIQUE EL TIPO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC(cédula de ciudadanía) CE (Cédula extranjería) TI (Tarjeta de identidad) PEP (Permiso especial de permanencia) NIUP (Numero unico de identificación personal) PPT (Permiso de protección temporal)

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL : _____
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: _____

RECIBIDO : _____