

# FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES



NOVEDAD

Afiliación Nueva  
Cambio de Empresa  
Actualización Datos

TIPO DE AFILIADO

Dependiente  
Servicio Doméstico  
Madre Comunitaria  
Taxista

CODIGO FT-GS-01

VERSION 13

FECHA 25 de Abril de 2023

¿Es Usted Veterano de la Fuerza Pública? SI NO

La respuesta (SI) debe anexar Certificado de distinción como Veterano de la Fuerza Pública emitido por el Ministerio de Defensa.

\*Favor diligenciar todas las casillas, sin enmendaduras y en letra legible.  
\*Lea cuidadosamente el instructivo para el diligenciamiento de este formulario.

## DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:

NIT: Dirección de la Empresa

Ciudad:

Departamento: Correo electrónico de la empresa:

Número telefónico:

## DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Tipo de Identificación:

CC CE PPT

TI PAS PEP

No. Identificación

Fecha de Expedición:

Fecha de Nacimiento:

Sexo

(Marque con una X)

Lugar Expedición:

Ciudad Nacimiento:

H M I

1er Apellido

2do Apellido

Nombres

Estado Civil:  
(Marque con una X)

UL. CAS. SOL.  
SEP. DIV. VIU.

Fecha de Ingreso:

Salario Base:

Tipo salario:

Fijo Integral Variable

Dirección Domicilio:

Barrio:

Ciudad donde trabaja:

Número Telefónico:

Nacionalidad:

Correo electrónico del trabajador:

Tipo de contrato: (Marque con una X)

Fijo Indefinido

Horas Laboradas en el Mes:

(Marque con una X)

120 240

E.P.S Donde está Afiliado (A):

Cargo a Desempeñar:

Profesión:

Fecha terminación:

Sector Agropecuario:

Act. sect. Agro.(Decreto 1053/2014)

Vivienda:

Zona:

Cap. Trabaj.

(Marque con una X)

(Marque con una X)

(Marque con una X)

(Marque con una X)

(Marque con una X)

"120 horas- anexar copia contrato". (Decreto 2616 de 2013).

SI NO

Agricultura Silvicultura  
Ganadería Pesca  
Avicultura Apicultura  
Anexar certificación por parte de la empresa de la Actividad seleccionada

Propia Familiar  
Arrendada Hipoteca

Rural Urbana

Normal Discapac.

Grado Escolaridad:  
(Marque con una X)

Preescolar Básica Adultos  
Básica Secundaria Adultos  
Secundaria Media Adultos  
Media Primera Infancia

Técnico/ Tecnológico  
Profesional Universitario  
Posgrado / Maestría  
Ninguno.

No Disponible

Labora simultáneamente con otra Empresa

Nit:

Salario:

Nombre o Razón Social:

Pertenencia Étnica (Marque con una X)

Afrocolombiano  
Comunidad Negra

Indígena  
Palenquero

Raizal de Archipiélago de San Andrés  
ROOM/ GITANO

No se AUTO RECONOCE en ninguno  
No Disponible

Resguardo Indígena:

Pueblo Indígena:

| DATOS SENSIBLES RESPONDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                          |                                        |                          | SI                                     | NO                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Factor Vulnerabilidad:<br>(Marque con una X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Desplazado.                                  | <input type="checkbox"/> | Damnificado desastre natural           | <input type="checkbox"/> | Población Migrante                     | <input type="checkbox"/>                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Victima del conflicto armado (No desplazado) | <input type="checkbox"/> | Cabeza de Familia                      | <input type="checkbox"/> | Población zonas fronteras (Nacionales) | <input type="checkbox"/>                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Desmovilizado o Reinsertado                  | <input type="checkbox"/> | Hijos (as) de madres cabeza de Familia | <input type="checkbox"/> | Ejercicio del trabajo sexual           | <input type="checkbox"/>                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Hijos (as) de Desmovilizado o Reinsertados   | <input type="checkbox"/> | En condición de Discapacidad           | <input type="checkbox"/> | No Aplica                              | <input type="checkbox"/>                                                                                      |
| Orientación Sexual: (Marque con una X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |                          |                                        |                          |                                        | <br>VICILADO SuperSubsidio |
| Heterosexual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              | <input type="checkbox"/> | Bisexual                               |                          | <input type="checkbox"/>               |                                                                                                               |
| Homosexual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              | <input type="checkbox"/> | Información No disponible              |                          | <input type="checkbox"/>               |                                                                                                               |
| <b>Heterosexual.</b> Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.<br><b>Homosexual.</b> Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de su mismo sexo<br><b>Bisexual.</b> Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige o materializa con personas de ambos sexos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |                          |                                        |                          |                                        |                                                                                                               |
| <p>A) Formato Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.</p> <p>B) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.</p> <p>C) En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar de Arauca, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como "datos sensibles" para los cuales tengo derecho a contestar o no a las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N° 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales.</p> <p>D) Manifiesto que autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico, de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca-COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del Decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1 del decreto 2563 de 1985. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> |                                              |                          |                                        |                          |                                        |                                                                                                               |
| FIRMA DEL TRABAJADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                              |                          | FIRMA DEL EMPLEADOR                    |                          |                                        |                                                                                                               |
| PARA USO EXCLUSIVO PARA COMFIAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                          |                                        |                          |                                        |                                                                                                               |
| SELLO DE RADICADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                              |                          |                                        | DIGITALIZADO POR         |                                        |                                                                                                               |
| Observaciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                              |                          |                                        |                          |                                        |                                                                                                               |



## FORMULARIO DE AFILIACION DE TRABAJADORES

Para la Afiliación del trabajador totalmente diligenciado, con información clara y completa, firmado por el trabajador y el empleador y si es solamente para novedad de adición núcleo familiar no es necesario la firma del empleador.

| INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMULARIO                                                                                                                                                                                                                 | RECLAMA LA CUOTA MONETARIA...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOVEDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                             | <b>*Para los hijos del trabajador:</b> La mamá de los hijos o quien tenga la custodia legal otorgada por las autoridades competentes o quien este autorizado mediante oficio autenticado.<br>Nota: si la mamá o quien tiene la custodia fallece, se debe presentar el Registro de Defunción y una declaración extra proceso que certifique el caso y bajo la responsabilidad de quien quedaran los hijos; y será esa persona quien reclame la cuota monetaria.                                                                                    |
| <b>Afiliación nueva:</b> Marque con una X si se afilia por primera vez a COMFIAR                                                                                                                                                                           | <b>*Para los hermanos huérfanos y padres del trabajador:</b> El trabajador o a quien este autorice mediante oficio autenticado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Cambio de empresa:</b> Marque con una X si ya esta afiliado a COMFIAR pero paso a laborar con otra empresa o razón social.                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Actualización datos:</b> Marque con una si ya esta afiliado a COMFIAR, pero desea actualizar datos como: cambio de dirección, teléfono, cambio de pago del subsidio.                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                                                                                                                                                 | <b>TRABAJADOR SOLTERO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| NIT.: Escriba el Nit o número de cédula del empleador                                                                                                                                                                                                      | Formulario de afiliación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:</b> Escriba el nombre o razón social de la empresa donde labora.                                                                                                                                                   | Copia del documento de identidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>CIUDAD:</b> Escriba la ciudad donde se encuentra radicada la empresa para la que labora el trabajador                                                                                                                                                   | <b>II. SUBSIDIO ESPECIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>DEPARTAMENTO:</b> Escriba el departamento donde se encuentra radicada la empresa para la que labora el trabajador                                                                                                                                       | Se pagará doble cuota monetaria mensualmente, por los hijos, por los hermanos huérfanos de padres y por los padres, sin límite de edad, cuando unos y otros presenten invalidez o incapacidad física o mental, debidamente certificada por el médico especialista de la EPS o IPS a la que se encuentra afiliado(a). Resolución 113 de 2020.                                                                                                                                                                                                      |
| <b>CIUDAD:</b> Escriba la ciudad o municipio de la empresa                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>DIRECCION:</b> Escriba la dirección de domicilio de la empresa                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>CORREO ELECTRONICO:</b> Escriba el correo electrónico corporativo de la empresa                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>NUMERO TELEFONICO:</b> Escriba el numero telefónico corporativo de la empresa                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>                                                                                                                                                                                                                                | <b>III. SUBSIDIO EXTRAORDINARIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:</b> Escriba el número de identificación o documento de identidad del trabajador                                                                                                                                               | <b>Por muerte de persona a cargo:</b> Cuando fallece una de las personas a cargo del trabajador, por la cual percibía subsidio familiar, se le pagara una suma equivalente a doce veces la cuota que hubiera recibido como subsidio ordinario por el mes del fallecimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN:</b> Escriba el tipo de identificación del trabajador                                                                                                                                                                            | Para obtener este reconocimiento el trabajador deberá presentar el registro civil defunción de la persona fallecida, el plazo de entrega es concordancia al artículo 6 de la Ley 21 de 1982.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>PRIMER APELLIDO:</b> Escriba el primer apellido del trabajador.                                                                                                                                                                                         | <b>Por muerte del trabajador beneficiario:</b> cuando ocurre la muerte de un trabajador afiliado, beneficiario del subsidio familiar, COMFIAR continuará pagando durante doce (12) meses, la cuota del subsidio a la persona que acredite tener la guarda, sostenimiento y cuidado de aquellos por los cuales el fallecido se encontraba recibiendo la prestación. Para obtener este beneficio el empleador debe presentar el registro civil de defunción del trabajador. El plazo de entrega es concordancia al artículo 6 de la Ley 21 de 1982. |
| <b>SEGUNDO APELLIDO:</b> Escriba el segundo apellido del trabajador.                                                                                                                                                                                       | <b>IV. SOLIDARIDAD DE LA CIUDAD CON EL CAMPO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>NOMBRES:</b> Escriba los nombres completos del trabajador.                                                                                                                                                                                              | Comfiar pagará a los trabajadores de empresas con actividad económica registrada dentro del sector agropecuario un quince por ciento (15%) adicional, sobre la cuota de subsidio familiar recibida por cada una de sus personas a cargo beneficiarias de subsidio. Decreto 1053/2014                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>CAPACIDAD DE TRABAJO:</b> Marque con una (X) si eres NORMAL o DISCAPACITADO                                                                                                                                                                             | <b>TIENEN DERECHO AL SUBSIDIO FAMILIAR...</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> Escriba la fecha de nacimiento del trabajador.                                                                                                                                                                                 | Los trabajadores cuya remuneración mensual fija o variable no sobrepase el límite de cuatro (4) veces el salario mínimo legal mensual vigente, siempre y cuando laboren al menos 96 horas al mes; que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero (a), no sobrepasen los seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes (Ley 789 DE 2002).                                                                                                                                                                                       |
| <b>SEXO:</b> Marque con una X su sexo, ya sea genero H (Hombre), M (Mujer), I (Indefinido)                                                                                                                                                                 | Podrán cobrar simultáneamente el subsidio familiar por los mismos hijos el padre y la madre cuyas remuneraciones sumadas no excedan cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>FECHA DE EXPEDICIÓN:</b> Escriba la fecha de expedición de la cédula                                                                                                                                                                                    | <b>AVISO IMPORTANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>LUGAR DE EXPEDICIÓN:</b> Escriba la ciudad de expedición de la cédula                                                                                                                                                                                   | <b>FIRMA:</b> El Formulario debe ser firmado por el trabajador y el empleador.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>DIRECCION DOMICILIO:</b> Escriba la dirección de domicilio del municipio donde vive de acuerdo a la ciudad donde labora.                                                                                                                                | <b>IMPORTANTE:</b> Los documentos de evidencia que se anexan, deben ser legibles, sin enmendaduras y en buen estado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>BARRIO:</b> Escriba el nombre del barrio donde vive de acuerdo a la ciudad donde labora                                                                                                                                                                 | <b>IMPORTANTE:</b> Autorización de uso de datos personales favor marcar SI o NO (Campo Obligatorio)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>CIUDAD:</b> Escriba la ciudad donde vive de acuerdo a la ciudad donde labora.                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>NUMERO TELEFONICO:</b> Registre un número de teléfono donde siempre este disponible para cualquier información.                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> Escriba el nombre de correo electrónico.                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>ESTADO CIVIL:</b> Marque con una X su estado civil.                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>GRADO ESCOLARIDAD:</b> Marque con una X el nivel educativo alcanzado.                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>PROFESIÓN:</b> Escriba su profesión de acuerdo al nivel de estudio.                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>VIVIENDA PROPIA:</b> Marque con una X si su vivienda es propia o no.                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>TIPO DE CONTRATO:</b> Marque con una X si su contrato es a termino fijo o indefinido.                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>FECHA DE INGRESO:</b> Indique la fecha de ingreso a la empresa para la que labora.                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>FECHA DE TERMINACION:</b> Si su contrato es a termino fijo indique la fecha de terminación del contrato.                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>TIPO DE AFILIADO:</b> Marque con una X el tipo afiliado                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>SINDICALISTA:</b> Marque con una X si es o no sindicalista.                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>HORAS MES LABORADAS:</b> Escriba las horas que trabaja al mes teniendo en cuenta que un día tiene 8 horas laborables.                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>E.P.S DONDE ESTA AFILIADO(A):</b> Escriba el nombre de la eps donde se encuentra afiliado.                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>CARGO A DESEMPEÑAR:</b> Escriba el cargo u oficio que desempeña en la empresa donde labora.                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>SALARIO:</b> Escriba el salario básico que devenga al mes.                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>NACIONALIDAD:</b> Escriba el país donde nació el trabajador.                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>DATOS SENSIBLES:</b> Marque con una X SI o NO desea responder la información de Factor Vulnerabilidad, Pertenencia Étnica y Orientación Sexual (Cumplimiento a la circular externa 007 de 2019 expedida por la Superintendencia del Subsidio Familiar). |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>EMPRESA CON QUIEN LABORA SIMULTANEAMENTE:</b> Si labora con otra empresa adicional escriba el nombre o razón social de la misma, Nit. y salario que devenga.                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>FPERTENENCIA ÉTNICA:</b> Si pertenece a un grupo étnico marque una X.                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>RESGUARDO INDÍGENA:</b> Si pertenece a un resguardo favor menciónelo.                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>PUEBLO INDÍGENA:</b> Si pertenece a un pueblo indígena favor menciónelo.                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |