

Estimado Trabajador afiliado, solicitamos el diligenciamiento completo de los siguientes datos de forma legible.

FECHA:	Día	Mes	Año	CIUDAD:	
---------------	-----	-----	-----	----------------	--

DATOS DEL TRABAJADOR AFILIADO

Nombres y Apellidos:

<i>Documento de identidad</i>	C.C <input type="checkbox"/>	T.I <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	<i>Numero</i>	
-------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------	--

<i>Celular :</i>	<i>Correo Electrónico :</i>
------------------	-----------------------------

<i>Ciudad de residencia :</i>	<i>Direccion :</i>
-------------------------------	--------------------

MODALIDAD DE PAGO CUOTA MONETARIA

SELECCIONE UNA SOLA MODALIDAD DE PAGO MARCANDO CON X EN UNA CASILLA

NÚMERO CUENTA (Celular registrado)

1	<input type="checkbox"/>		ABONO EN CUENTA DE AHORROS "DAVIPLATA" (*)	
2	<input type="checkbox"/>		ABONO EN CUENTA DE AHORROS "DALE" (*)	

IMPORTANTE: (*) SE DEBE ANEXAR CERTIFICACION BANCARIA DE CUENTA ACTIVA

AUTORIZACIONES Y COMPROMISOS

1. Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Huila " COMFAMILIAR", consignar en el medio de pago seleccionado anteriormente los valores de la cuota monetaria del subsidio familiar a que tengo derecho en virtud al artículo 3 de la ley 789 del 2002.
2. Me comprometo mantener actualizada la información de contacto, reportando cualquier novedad a la entidad financiera, Caja de Compensación y específicamente cualquier cambio del número de celular reportado anteriormente, a fin de que la Caja de Compensación pueda enviar información respecto a los pagos de la cuota monetaria del subsidio familiar.

FIRMA DEL TRABAJADOR AFILIADO	N° de Documento Identidad:	Huella indice derecho
	De:	