



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL MAGDALENA
NIT. 891.780.093-3

FORMATO PARA INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR NACIONAL VENEZOLANO

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

1er. APELLIDO

2do. APELLIDO

NOMBRES

Numero del Permiso Especial de Permanencia (P.E.P.) _____

Cedula de Identidad N°. _____

REQUISITOS GENERALES OBLIGATORIOS

- Formulario de afiliación
- Fotocopia de cedula de identidad
- Fotocopia del P.E.P.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explicita, el uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario o que suministré en documentos anteriores para afiliarme, en virtud de la función que le compete de administrar el Sistema del Subsidio Familiar, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Caja de Compensación Familiar del Magdalena.

SI: NO: