COMFACUNDI
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA

FORMATO UNICO DE NOVEDADES

REGISTRE EN ESTE FORMATO LAS NOVEDADES DE
RETIRO(S) - TRASLADO(S) - Y/O SUSPENSIÓN DE TRABAJADORES DE SU EMPRESA

Nit Empresa	Nombre o Razon Social	Telefono

No. CEDULA TRABAJADOR	NOMBRE TRABAJADOR			RETIRO					NUEVO SUELDO	FECHA DE LA NOVEDAD			TRASLADO	CAUSA Y FECHAS DE SUSPENSION								
				Definitivo			Del Subsidio											FECHA INICIO Y TERMINACION DE LA SUSPENSION					
				TERMINACIÓN CONTRATO	FALLECIMIENTO	PENSIONADO	Recibe Subsidio en otra empresa	SUELDO MAYOR 4 SALARIOS MINIMOS					INDICAR NUEVA SUCURSAL O CIUDAD	Docencia	Sueldo Temporal Mayor 4 Salarios Minimos	Licencia no emunerada	DE			A		
	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES	1	2	3	4	5		A	M	D		1	2	3	A	M	D	A	M	D

Nota: si el retiro es por muerte y recibe Subsidio Familiar, anexar Partida de defunción y llenar los siguientes datos

No. CEDULA	NOMBRE PERSONA QUIEN SE DEBE GIRAR EL CHEQUE

FIRMA Y SELLO EMPRESA

REVISADO POR

FECHA RECIBO