

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y / O PERSONAS A CARGO CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO ANTIQUIA

FORMULARIO: 33635089

		L	ATOS DE LA EM	PRESA O EL EMPLEAD	OR		
Doc Empresa S 901677020		ucur 0	r Razón Social UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF				
		3.78733	DATOS	DE TRABAJADOR			
Tipo Id CC	Doc Identidad 1001164942		er Apellido RENAS	Segundo Apellido MELGUIZO	Primer Nombre KARLA	Segundo Nombre CRISTINA	
Fecha Nac 1993/01/11		Sexo F	Estado Civil SOLTERO	Nivel Educativo BTO.COMPLETO	Centro de Costos 0	Fecha Ing Emp 2024/02/22	
Horas Trabajadas	Tipo Salario	Salario Mensual	Carno Drofesión		ofesión	ón	
235	FIJO	1300000	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES				
	Corre	o electrónico		Au	toriza envío de informa	ción	
Tipo Contrato Fecha Terminación		Celular	Empresa con quien trabaja simultáneamente Nombre Empresa Salario Mensua				
OBRA REA	117454					30	aiario mensua
	ALIZADA		3225818555			36	0
Dir	ección de Reside	encia	3225818555 Departamento	Municipio de Residencia	Barrio	Sector	
Dir				Municipio de		V. 2000 A.	0
	ección de Reside		Departamento	Municipio de Residencia	Barrio	Sector	0 Teléfono
Di	ección de Reside	bora	Departamento ANTIOQUIA	Municipio de Residencia MEDELLIN Municipio donde	Barrio ANTONIO NARINO	Sector	0 Teléfono 7008150
Di KM 4 PA Administrado	ección de Reside CR 21C 11 08 rección donde la R INDUSTRIAL	bora ANILLOVIA	Departamento ANTIOQUIA Departamento	Municipio de Residencia MEDELLIN Municipio donde Iabora FLORIDABLANCA	Barrio ANTONIO NARINO Barrio	Sector U Sector	0 Teléfono 7008150 Teléfono

Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados en otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores.