



Caja de Compensación Familiar del Chocó
COMFACHOCÓ. NIT: 891.600.091-8

FO-BS-10

FORMULARIO DE RETIRO

Versión 04

Julio 27 del 2022

FAVOR LLENAR A MAQUINA O EN LETRA IMPRENTA, CLARA Y LEGIBLE

DATOS DE LA EMPRESA

NIT O CC

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR

DATOS DEL TRABAJADOR

DOCUMENTO IDENTIDAD

NOMBRES Y APELLIDOS

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR

DATOS DE LA(S) PERSONA(S) QUE SE VAN A RETIRAR

DOCUMENTO IDENTIDAD	1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	MOTIVO DEL RETIRO				PARENTESCO	
				TERMINACIÓN CONTRATO	FALLECIMIENTO	PENSIÓN	RECIBE SUBSIDIO DE OTRA EMPRESA	TRABAJADOR	BENEFICIARIO

MANIFESTAMOS QUE LOS DATOS ANTERIORMENTE RELACIONADOS SON CIERTOS, POR LO CUAL NOS RATIFICAMOS EN CONCORDANCIA CON LAS DEFINICIONES DE LA LEY

* SI EL RETIRO ES POR FALLECIMIENTO Y RECIBE SUBSIDIO FAMILIAR, ANEXAR PARTIDA DE DEFUNCIÓN Y LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS:

No DOCUMENTO IDENTIDAD

NOMBRE PERSONA A QUIEN SE LE DEBE GIRAR EL AUXILIO

FIRMA DEL TRABAJADOR

No Documento de Identidad: _____

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACHOCÓ

RECIBIDO POR

FECHA RECEPCIÓN

OBSERVACIONES

D M A