



SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

CODIGO: PAFI209-PR001-FAFI001

SOLICITUD DE AFILIACION PATRONAL

VERSIÓN 3.0

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE DEL EMPLEADOR			NIT <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>
			No.		
DIRECCIÓN OFICINA SUCURSAL			CIUDAD/DEPARTAMENTO		
DIRECCIÓN OFICINA SUCURSAL			CIUDAD/DEPARTAMENTO		
E-MAIL	TELÉFONO	FAX	CELULAR		
REPRESENTANTE LEGAL		C.C.			
REPRESENTANTE SUPLENTE LEGAL		C.C.			
PERSONA QUE COORDINA COMUNICACIÓN CON LA CAJA		CELULAR	E-MAIL		
ACTIVIDAD ECONÓMICA			CÓDIGO C.I.I.U.		
CLASE DE EMPLEADOR <input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA <input type="checkbox"/> ENTIDAD OFICIAL <input type="checkbox"/> PEQUEÑA EMPRESA LEY 1429 <input type="checkbox"/> SOCIEDAD LIMITADA <input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO PÚBLICO DEL ESTADO <input type="checkbox"/> UT <input type="checkbox"/> SOCIEDAD COLECTIVA <input type="checkbox"/> PRECOOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/> EMPLEADOR DEL SERVICIO DOMESTICO <input type="checkbox"/> SOCIEDAD EN COMANDITA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA SIMPLIFICADA CUAL? _____					
No. TRABAJADORES	VALOR TOTAL NOMINA	FECHA INICIO ACTIVIDADES	CAPITAL SOCIAL	FECHA DE CONSTITUCIÓN	
SOLICITA AFILIACIÓN POR PRIMERA VEZ A UNA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		CAJA ANTERIOR	PUNTO DE DISTRIBUCIÓN COD.		
SI NO					

El suscrito _____ Con _____ No. _____
 Expedida en _____ En mi carácter de Representante Legal de _____
 o en nombre propio, solicito a la Caja de Compensación Familiar de Casanare - COMFACASANARE, la afiliación y si fuere aceptada, me comprometo a cumplir y respetar todos los estatutos, resoluciones, reglamentos y normas de la mencionada Corporación, así como las disposiciones legales que se refieran al Subsidio Familiar, siendo entendido que la violación por parte del empleador de cualquiera de estas normas dará derechos a la Caja para ordenar la expulsión.
 La responsabilidad en cuanto al Subsidio Familiar queda limitada para la Caja, desde el momento de la afiliación y pago de los aportes por parte del empleador y presentación de las pruebas del caso por parte del trabajador, hasta la desafiliación por cualquier motivo.

FIRMA DEL EMPLEADOR

USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

OBSERVACIONES _____

APORTE TOTAL 9%	APORTE CAJA 4%	ACEPTADA PARA		ACTA No.	DE FECHA		
		MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO



Actualmente está la compañía afiliada a una Caja de Compensación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Nombre:	
Fecha de Afiliación:	Fecha desafiliación:

Valor Nómina Mensual:	\$
Número de empleados:	
Declaramos que la anterior información es cierta. Igualmente nos comprometemos, en caso de ser aceptados a cumplir todas las normas referentes al Subsidio y los Reglamentos de la Caja.	
_____	_____
FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL	FECHA

Reservado para COMFACASANARE

Aceptada:	_____	_____	_____
	FIRMA DIRECTOR ADMINISTRATIVO	RESOLUCIÓN No.	FECHA
Negada:	_____	_____	_____
	FIRMA DIRECTOR ADMINISTRATIVO	MOTIVO	FECHA
Retiro:	_____	_____	_____
	FIRMA DIRECTOR ADMINISTRATIVO		FECHA
Expulsión:	_____	_____	_____
	FIRMA DIRECTOR ADMINISTRATIVO		FECHA
Razones de Expulsión:	_____		



VIGILADO SuperSubsidio

Es indispensable anexar a la solicitud los siguientes documentos:

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE EMPRESAS:

- Fotocopia de la cédula del Representante Legal.
- Certificado de Cámara de Comercio Original.
- Fotocopia de la nómina de los trabajadores.
- Fotocopia de Autoloiquidación E.P.S. trabajadores.
- Paz y/o salvo en caso de estar afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.
- RUT.

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE PERSONA NATURAL: REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE PERSONA INDEPENDIENTE

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Fotocopia Autoloiquidación de Aportes E.P.S.
- Nomina de trabajadores
- Rut

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Fotocopia Autoloiquidación de Aportes E.P.S.
- Rut