



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

CODIGO: PAFI209-PROO1-FAFI001

SOLICITUD DE AFILIACIÓN PATRONAL

VERSIÓN 1.0

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre del Empleador

NIT C.C C.E

Dirección

Ciudad/Departamento

Dirección Alternativa donde se realiza la Actividad

Ciudad/Departamento

E-Mail

Teléfono

Fax

Celular

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

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

Persona Jurídica Independiente Personal Natural Pensionado

No. Trabajadores

Valor Total Nomina

Primer Pago Aporte de

Fecha de Constitución

Solicita afiliación por primera vez a una Caja de Compensación

SI NO

Actualmente está la compañía afiliada a una Caja de Compensación

SI NO

Nombre:

Fecha de Afiliación:

Fecha Desafiliación:

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 fuera 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 refiere al Subsidio Familiar, siendo entendido que la violación por parte del empleador de cualquier 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

Solicitud de Datos Personales Yo, _____ expedida en _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, manifiesto así de manera expresa, AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página Web www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y demás normas aplicables en esta materia. _____ Firma

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE EMPRESAS:

- Copia de la cédula del Representante Legal ampliada al 150%
- Certificado de Cámara de Comercio Original no mayor a 90 días.
- Copia de la nómina de los trabajadores.
- Copia Pago de Seguridad Social y aportes Parafiscales.
- Rut.

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE PERSONA NATURAL:

- Copia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%
- Copia Pago de seguridad social y aportes parafiscales
- Nómina de trabajadores
- Rut.

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE PERSONA INDEPENDIENTE

- Copia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%
- Copia Autoliquidación Pago Seguridad Social
- Rut.

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE PENSIONADOS

- Copia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%
- Copia de resolución de reconocimiento de pensión
- Copia del último desprendible del pago de la mesada pensional

OBSERVACIONES

