



NIT. 890.480.023-7
 Zaragocilla Diagonal 30 No. 50-187
 PBX: 6723800
 www.comfenalco.com



SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE EMPRESAS

CODIGO EJECUTIVO

No. RADICACIÓN

FECHA	DÍA	MES	AÑO
-------	-----	-----	-----

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		NIT <input type="checkbox"/> No.		C.C. <input type="checkbox"/>		C.E. <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL		CIUDAD / DEPARTAMENTO					
DIRECCIÓN OFICINA SUCURSAL		CIUDAD / DEPARTAMENTO					
E-MAIL	TELÉFONO	FAX	CELULAR				
REPRESENTANTE LEGAL			C.C.				
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE			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"/> OTRO <input type="checkbox"/> SOCIEDAD EN COMANDITA <input type="checkbox"/> COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/> CÚAL? _____ <input type="checkbox"/> PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANONIMA SIMPLIFICADA							
No. TRABAJADORES	VALOR TOTAL NÓMINA	FECHA INICIO ACTIVIDADES	CAPITAL SOCIAL	FECHA DE CONSTITUCIÓN			
SOLICITA AFILIACIÓN POR PRIMERA VEZ A UNA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CAJA ANTERIOR	PUNTO DE DISTRIBUCIÓN COD.				

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 Fenalco - Andi - COMFENALCO, 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 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 le desafiliación por cualquier motivo.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO

USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

OBSERVACIONES _____

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

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Entiéndase por nómina total, la suma de todo lo pagado a los trabajadores en dinero o en especie (alojamiento, alimentos, etc.), como remuneración por sus servicios o sueldos, jornales, primas de rendimiento, primas del costo de vida, bonificaciones o primas convencionales o habituales, inclusive las semestrales, (con exclusión de las semestrales legales) salvo que no se hayan pactado como salario, los pagos por unidades de tareas o a destajo, las comisiones, las sobre-remuneraciones por su cargo, valor de trabajo en días de descanso obligatorio, así como los estipendios, remuneraciones o salarios que se cubran a los socios industriales o capitalistas de los diversos tipos de sociedades.

Los empleadores que tengan más de un lugar de trabajo, deben anexar la información correspondiente al nombre y localización de cada una de las sucursales.

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR AL FORMULARIO

1. CONSTITUCIÓN

- Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio si se trata de Sociedades.
- Copia de la Personería Jurídica de las entidades que la requieren para poder actuar o prueba de la representación legal.

2. AFILIACIÓN ANTERIOR

- Si está o ha estado afiliado a una Caja de Compensación Familiar: Certificado de Paz y Salvo por todo concepto, expedido por esa Caja, en el cual se indique que la fecha de desafiliación.

3. NÓMINA

- Copia de la última nómina mensual, firmada por el Revisor Fiscal de la Empresa o por un Contador Público quien debe indicar el número de matrícula.
- Cuando figuren trabajadores que hayan devengado menos del salario mínimo mensual: Copia del contrato de trabajo indicando cuánto gana y cuál es el horario.

ZARAGOCILLA DIAG. 30 No. 50 - 187
PBX: 6723800 EXTS.: 128-126-131-132
CARTAGENA DE INDIAS - COLOMBIA

En esta CAJA encuentran todo lo que necesitan...

- ✓ Subsidio Familiar
- ✓ Educación
- ✓ Salud
- ✓ Recreación
- ✓ Deportes
- ✓ Programas de Protección Social
- ✓ Crédito Social
- ✓ Formación Empresarial
- ✓ Vivienda
- ✓ Cultura
- ✓ Turismo Social
- ✓ Droguerías

www.comfenalco.com

