



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"/>	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"/> CUAL? _____ <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		CAJA ANTERIOR	PUNTO DE DISTRIBUCIÓN COD.		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

El suscrito _____ Con _____ No. _____
 Expedidad en _____ En mi carácter de Representante Legal de _____
 o en nombre propio, solicito a la Caja de Compensación Familiar de Fenalco - Andí - 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 de los trabajadores a afiliar.

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 la fecha de desafiliación.

3. NÓMINA

- Copia de la última nómina mensual de los trabajadores a afiliar, 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.

Autorizo al tratamiento de mis datos personales incorporados en la solicitud y en otros documentos, tal y como se dispone en la Ley Estatutaria 1581 del 17 Octubre 2012 Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y su decreto reglamentario 1377 del 27 de junio de 2013. Del mismo modo, siempre que así lo estime, podré ejercitar mi derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento, dirigiéndome siempre por escrito.

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

ZARAGOCILLA DIAG. 30 No. 50 - 187
PBX: 6723800 FAX:6723805
CARTAGENA DE INDIAS - COLOMBIA

En esta CAJA encuentran
todo lo que necesitan...

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

www.comfenalco.com