

	AFILIACION EMPLEADOR	Codigo: GM-Vt-Fo-6
	PROCESO: Gestión Comercial y Mercadeo / Ventas	Fecha: 19/05/2020
		Versión: 3
Art. 7° - LEY 21 DE 1982: "Tienen obligación legal de afiliar a sus trabajadores a una Caja de Compensación Familiar, todos los empleadores que ocupen uno o más trabajadores permanentes.		

SOLICITUD
En mi calidad de Representante Legal del empleador, o en mi carácter propio como persona natural, manifestamos que el presente documento tiene por objeto solicitar la Afiliación a COMFANORTE y en caso de ser aceptada nos comprometemos a cumplir y respetar todas las normas y estatutos de LA CORPORACIÓN.

Datos Empresa:			
Nit:	Razón Social:		
Razón Comercial:		Registro Cámara Comercio:	
Código actividad económica:			
Fecha inicio actividades de la empresa:			
Dirección:			Barrio:
Celular 1:	Celular 2:	Teléfono Fijo 1:	Teléfono Fijo 2:
Correo Electrónico:			
Departamento:		Municipio:	

Tiene sucursales en N. de S.	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Dirección Sucursal:		Barrio:
Correo Electrónico:		
Municipio:	Celular:	Teléfono Fijo:

Datos Representante Legal						
Cédula Ciudadanía:	Fecha expedición:	DD	MM	AA	Lugar expedición:	
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		
Correo Electrónico:						
Es beneficiario de alguna ley SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> <u>Cual?</u> _____						

Datos Jefe Talento Humano o Administrador:						
Cédula Ciudadanía:	Fecha expedición:	DD	MM	AA	Expedida en:	
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		
Celular:	Correo Electrónico:					
Pagina web:						

CLASE DE EMPRESA									
Empresa privada:	<input type="radio"/>	Mixta	<input type="radio"/>	Oficial	<input type="radio"/>	Servicio Doméstico	<input type="radio"/>	Persona Natural	<input checked="" type="radio"/>
Otra: Cuál? _____									

DATOS NOMINA MENSUAL	
Valor Nómina Mensual:	N° de Trabajadores:

DATOS AFILIACION	
Ha estado afiliado a otra Caja de Compensación Familiar en el N. de S.? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> <u>Cuál?</u> <input type="radio"/> _____	

DOCUMENTOS QUE DEBEN ANEXAR A ESTE FORMULARIO:

(Art. 57 Ley 21/82. Mod. Art. 39 Decreto 341/88.

1. Prueba de la existencia y representación legal tratándose de personas jurídicas. En el caso de las personas naturales basta con la presentación de la cédula de ciudadanía. (Certificado de la Cámara de Comercio, con vigencia de expedición no mayor a 90 días) actualizado.
2. Si se trata de una entidad sin ánimo de lucro, fotocopia de la personería jurídica.
3. Si es propiedad horizontal, acta de nombramiento del administrador actual.
4. Si es un consorcio o unión temporal, documento o acta de conformación del mismo.
5. Si es una cooperativa, precooperativa, asociación o agremiación, copia de la resolución emanada por el Ministerio de Protección Social, mediante la cual fueron aprobados los regímenes de compensaciones y de trabajo asociados, o donde se autoriza para su operación. Si es una asociación, alcaldía, personería, municipio, hogar infantil, o régimen especial, entre otros, se debe anexar el acta de posesión.
6. Fotocopia de cédula del Representante Legal.
Fotocopia legible del RUT con sus anexos.
7. Formulario de afiliación de trabajador diligenciado con su respectiva cedula.
8. Certificado de paz y salvo en caso de haber estado afiliado a otra Caja de Compensación Familiar en el N. de S.
- 9.
- 10.

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR EL NORTE DE SANTANDER - COMFANORTE a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en www.comfanorte.com.co/ y/o en AVENIDA 1 CALLE 9 No. 0-95, que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

DECLARO: Que la anterior INFORMACIÓN es cierta y corresponde a datos tomados de nuestros registros.

Fecha: _____

Firma y Sello del Representante Legal

TRAZABILIDAD

FECHA/ FIRMA RADICADO

DD	MM	AAAA
----	----	------

FECHA APROBACION

DD	MM	AAAA
----	----	------

FECHA COMUNICACIÓN AL CLIENTE

DD	MM	AAAA
----	----	------

FECHA/ FIRMA SISTEMATIZACION

DD	MM	AAA
----	----	-----

FECHA / FIRMA ARCHIVO

DD	MM	AAAA
----	----	------



This document was created with the Win2PDF "print to PDF" printer available at <http://www.win2pdf.com>

This version of Win2PDF 10 is for evaluation and non-commercial use only.

This page will not be added after purchasing Win2PDF.

<http://www.win2pdf.com/purchase/>