



NIT. 891.480.000-1
Aportes y Subsidio

SOLICITUD DE AFILIACION DE EMPRESA

Código	1-FT-159
Versión No.	3
Vigente a partir de:	2008-09-01

Email: aportes@comfamiliar.com

DEPARTAMENTO DE APORTES Y SUBSIDIO

Carrera 5 No. 21-30

PBX: 3135600 - Fax: 3135675

Ext. 2109 - 2441 - 2444

Año	Mes	Día
-----	-----	-----

PARTE 1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social:		Nit.	C.C.	C.E.
Nombre Comercial:		No.		
Fecha de Constitución de la Empresa:	Año	Mes	Día	Fecha de Iniciación de Labores de la Empresa:
Ciudad y dirección para envío de correspondencia (principal):	Ciudad:	Teléfonos: _____ Ext. (S) _____		
	Departamento:	Celular o Beeper _____ A.A. _____		
		Fax _____ E-mail: _____		
Ciudad y dirección donde realiza la actividad económica (alterna):	Ciudad:	Teléfonos: _____ Ext. (S) _____		
	Departamento:	Celular o Beeper _____ A.A. _____		
		Fax _____ E-mail: _____		
Nombre del representante legal:	Título y/o profesión:	Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		
		No.		
Nombre de la persona contacto en la empresa	Teléfonos: _____ Ext. (S) _____			
Nombre del Jefe de Recursos Humanos	Celular _____			
Actividad económica u objeto social:	SOLICITUD DEL BENEFICIO DEL ARTICULO 43 LEY 590/2000 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Clase de Empresa o Aportante:	Propiedad Horizontal <input type="checkbox"/>	Parroquia <input type="checkbox"/>	Consortio <input type="checkbox"/>	C.T.A. <input type="checkbox"/>
Sociedad Anónima <input type="checkbox"/>	Persona Natural <input type="checkbox"/>	Sociedad Economía Mixta <input type="checkbox"/>	Unipersonal <input type="checkbox"/>	Sociedad de hecho <input type="checkbox"/>
Sociedad Limitada <input type="checkbox"/>	Sociedad colectiva <input type="checkbox"/>	Entidad Gubernamental <input type="checkbox"/>	Facultativo <input type="checkbox"/>	Jubilado/pensionado <input type="checkbox"/>
				Empresa Asociativa <input type="checkbox"/>
				Empresa de Pago <input type="checkbox"/>
				Empresa Judicial <input type="checkbox"/>
				Trabajador Indepen. <input type="checkbox"/>

PARTE 2. DATOS SOBRE NOMINA MENSUAL Y TRABAJADORES

CORRESPONDE A LOS TRABAJADORES POR LOS CUALES APORTAN A COMFAMILIAR			PARA EL PRIMER MES DE AFORTE A COMFAMILIAR, INDIQUE:		
No. Total de trabajadores	Total personas o cargo con derecho a Subsidio Familiar Monetario	Total trabajadores con derecho a Subsidio Familiar	Valor total de la nómina:	Período de la Nómina AÑO	MES

PARTE 3. DATOS SOBRE AFILIACION

Solicita afiliación a COMFAMILIAR por primera vez.	Nombre de la Caja de Compensación a la cual ha estado afiliado	Fecha en que dejó de pertenecer a esa Caja: Año Mes Día
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

PARTE 4.

El suscrito _____ con cédula de ciudadanía No. _____ de _____ en mi carácter de Representante Legal o en mi nombre propio como persona natural, solicito a LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE RISARALDA - COMFAMILIAR, la afiliación de la empresa que represento y si fuere aceptada me comprometo a cumplir y respetar todas las normas de COMFAMILIAR, así como las disposiciones legales que se refieren al Subsidio Familiar. Acepto de antemano que la violación por parte de la empresa de cualquiera de estas normas dará derecho a COMFAMILIAR para ordenar la expulsión de la empresa afiliada.

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, hasta que la empresa sea desafiliada por cualquier motivo.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA Y SELLO

Firma, Sello y Fecha de Recibido