



COMFAORIENTE
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
Sólo beneficios

AFILIACION EMPLEADOR

N° RADICADO

Cúcuta: Av. 2 No. 13-75 PBX: 5836888 FAX: 5836736
Pamplona: Cra. 7 No. 5-67 PBX: 5684822
Ocaña: Cra. 7 No. 30-173 PBX: 5613374
Nit. 890500675-6

PRINCIPAL

SUCURSAL

FECHA

AAAA/MM/DD

I. DATOS DE LA EMPRESA

TIPO:		N° IDENTIFICACIÓN:		D.V		RAZÓN SOCIAL:	
<input type="checkbox"/> NIT.	<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> C.E.					
DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA:							
CIUDAD		DEPARTAMENTO			TELÉFONO / EXT.		
FAX		CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO			
CLASE DE APORTANTE:		GRANDE <input type="checkbox"/> (+ de 200 personas)		GRANDE ESPECIAL <input type="checkbox"/>		PEQUEÑO <input type="checkbox"/> (- de 200 personas)	
ACTIVIDAD ECONÓMICA					CÓDIGO		

2. CLASE DE EMPRESA

SOCIEDAD ANÓNIMA	<input type="checkbox"/>	SOCIEDAD DE HECHO	<input type="checkbox"/>	PERSONA NATURAL	<input type="checkbox"/>
SOCIEDAD LIMITADA	<input type="checkbox"/>	SAS	<input type="checkbox"/>	ENTIDAD OFICIAL	<input type="checkbox"/>
SOCIEDAD EN COMANDITA	<input type="checkbox"/>	UNIPERSONAL	<input type="checkbox"/>		
OTRA, ESPECIFIQUE CUAL:					

3. EMPLEADOR

REPRESENTANTE LEGAL		N° IDENTIFICACIÓN:		NOMBRES Y APELLIDOS	
TIPO	<input type="checkbox"/> NIT.	<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> C.E.		
TEL.	FAX		CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	

4. DATOS SOBRE LA NÓMINA

NÚMERO DE TRABAJADORES	VALOR DE LA NÓMINA	DEL MES	LUGAR DONDE SE CAUSAN LOS SALARIOS

Se entiende por nómina mensual de salario la totalidad de los pagos hechos por conceptos de los diferentes elementos integrantes del salario en los términos de la Ley Laboral cualquiera que sea su denominación y además, los verificados por descansos remunerados de Ley y convencionales o contractuales; Art. 17 Ley 21 de 1982.

5. DATOS DE AFILIACIÓN

ESTUVO O ESTÁ AFILIADO A UNA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR:		CUAL:		FECHA DE DESAFILIACIÓN	
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	AAAA/MM/DD	

DECLARACIÓN

En mí Calidad de Representante Legal del empleador, o en mi carácter propio como persona natural; declaro que la información suministrada en este formulario es cierta, y tiene por objeto solicitar la Afiliación a COMFAORIENTE, encaso de ser aceptada nos comprometemos a cumplir y respetar todas las normas y estatutos de COMFAORIENTE, así como la legislación del subsidio familiar. La violación por parte del empleador de cualquiera de las normas dará derecho a COMFAORIENTE a ordenar la expulsión de la empresa afiliada.

CIUDAD

FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Asesor:

COMFAORIENTE

Servicio ágil y oportuno

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA
DEL SUBSIDIO FAMILIAR

USO EXCLUSIVO DE COMFAORIENTE

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

DOCUMENTOS A ANEXAR A ESTE FORMULARIO

1. CERTIFICADO CÁMARA DE COMERCIO, PERSONERÍA JURÍDICA O ESCRITURA DE CONSTITUCIÓN EMPRESA, ACTUALIZADA NO MAYORA 3 MESES .
 2. FOTOCOPIA DE LA CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL.
 3. RUT.
 4. PARA LAS EMPRESAS OCASIONALES COMO CONSTRUCTORAS, INTERVENTORES ETC. ANEXAR FOTOCOPIA DEL CONTRATO Y SI ES EL CASO COPIA DE LA CONSTITUCIÓN DE LA UNIÓN TEMPORAL.
 5. PENSIONADOS, COPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANÍA Y DESPRENDIBLE DE PAGO.
 6. COPIA DE LA NOMINA MENSUAL DE SUELDOS, FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA.
 7. COPIA DE LA ULTIMA PLANILLA DE RECAUDO ÚNICO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARA FISCALES.
 8. APLICA LEY 1429: SI NO OTRA _____
- CUAL _____