



DATOS DE LA EMPRESA

NIT O CC:		Nombre o Razón Social:			
Sigla:		Dirección:		Teléfono:	Fax: -
Ciudad:		Zona Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/>		Tipo De Sociedad	
Página Web			Correo Electrónico		Tiene Sucursal SI NO
1	Nombre:				
	Dirección:	Ciudad:	Teléfono:	Fax:	
2	Nombre:				
	Dirección:	Ciudad:	Teléfono:	Fax:	
3	Nombre:				
	Dirección:	Ciudad:	Teléfono:	Fax:	

DESCRIBA LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA

DATOS SOBRE AFILIACIÓN

Solicita afiliación a COMFACHOCÓ, por primera vez?	SI	Ha estado afiliado a una Caja de Compensación en el Departamento del Chocó	SI			
	NO		NO	DÍA	MES	AÑO
En caso afirmativo, escriba el nombre de la Caja a la cual esta afiliada la Empresa			Fecha en que dejo de pertenecer a esa Caja			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

CC:	NOMBRES COMPLETOS		
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	TELÉFONO:	

DATOS DEL PROPIETARIO DE LA EMPRESA

CC:	NOMBRES COMPLETOS		
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	TELÉFONO:	

DATOS DE LA PERSONA ENCARGADA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

CC:	NOMBRES COMPLETOS		
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	TELÉFONO:	

NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES	MUJERES	HOMBRES	NÚMERO TOTAL DE PERSONAS A CARGO DE LOS TRABAJADORES
VALOR TOTAL DE LA NÓMINA DEL ÚLTIMO MES (Incluyendo Sueldos, Jornales, Comisiones, Trabajo Suplementario, Nocturno, etc.)			
S			

Declaro que la empresa esta obligada a pagar el Subsidio Familiar a través de COMFACHOCO, que cumple con las normas sobre Salario Mínimo, se aviene al cumplimiento de los estatutos de la Corporación, y que los datos aquí consignados son fidedignos.

Ciudad y Fecha: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
CC No:

FIRMA Y SELLO

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACHOCO

Valor de la Nómina: S	Valor 4% S	Beneficiarios	
Subsidio a Pagar S	Valor Subsidio S	C \$	D \$
RECIBIDO POR:	FECHA DE RECEPCIÓN:		OBSERVACIONES:
	DÍA	MES	

COMFACHOCO. Caja de Compensación Familiar del Chocó

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

VIGILADO SuperSubsidio

ANEXE AL PRESENTE FORMULARIO, (COMPLETAMENTE DILIGENCIADO) LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

1. Carta de Solicitud de Afiliación.
2. Copia de la cedula de ciudadanía del representante legal.
3. Copia del Nit (Expedido por la DIAN).
4. Copia del Registro Mercantil.
5. Copia del Certificado de existencia y representante legal.
6. Copia de la última nómina de pago.
7. Si se encontraba afiliada a otra Caja de Compensación Familiar, anexar copia del Certificado de Paz y Salvo.
8. Si el representante legal es elegido, anexar acta de posesión o constitución de la elección.



NOTA.

AL MOMENTO DE ENTREGAR EL FORMULARIO, NO OLVIDE ANEXAR TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS

AL FORMULARIO DEBE ENTREGARSE BIEN DILIGENCIADO, SIN TACHONES NI ENMENDADURAS, GRACIAS ¡

Quibdó., _____

Señores

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ COMFACHOCÓ

At. Oficina de Subsidios y Afiliaciones

Ciudad

Referencia: Solicitud de Afiliación

Respetados señores:

Por medio de la presente nos permitimos solicitar afiliación, a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCO "COMFACHOCO", para lo cual les informamos:

1. Nombre empleador _____
2. Domicilio Principal _____
3. NIT _____
4. Lugar donde se Causan los Salarios _____
5. Manifestación de no estar afiliado a otra caja de compensación SI O NO
6. Cual _____

Atentamente,

FIRMA DEL PRESENTANTE LEGAL: _____

C.C. No. _____ de _____

RAZON SOCIAL: _____