

**COMFACHOCO**

NIT: 891.600.091-8

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE EMPRESA

Versión 04

260722

Código FO-SB-08

DATOS DE LA EMPRESA

NIT O CC		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			
DIRECCIÓN		TELÉFONO	CIUDAD	ZONA	
				RURAL <input type="checkbox"/>	SOCIAL <input type="checkbox"/>
TIPO DE SOCIEDAD			PAGINA WEB		
CORREO ELLECTRONICO				TIENE SUCURSAL	
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
1	NOMBRE:				
	DIRECCIÓN:		CIUDAD:	TELÉFONO:	
2	NOMBRE:				
	DIRECCIÓN:		CIUDAD:	TELÉFONO:	
3	NOMBRE:				
	DIRECCIÓN:		CIUDAD:	TELÉFONO:	

DESCRIBA LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA

DATOS SOBRE AFILIACIÓN

¿SOLICITA AFILIACIÓN A COMFACHOCÓ POR PRIMERA VEZ ?

SI NO **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

CC	NOMBRE COMPLETO		
PRIMMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDOS	TELÉFONO CELULAR

DATOS DEL PROPIETARIO DE LA EMPRESA

CC	NOMBRE COMPLETO		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	TELÉFONO CELULAR

DATOS DE LA PERSONA ENCARGADA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

CC	NOMBRE COMPLETO		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	TELÉFONO CELULAR

No. TOTAL DE TRABAJADORES

MUJERES

HOMBRES

No. TOTAL DE PERSONAS A CARGO DE LOS TRABAJADORES

VALOR TOTAL DE LA NÓMINA DEL ÚLTIMO MES (Incluyendo sueldos , jornales, comisiones, trabajo suplementario, nocturno u otros)

\$

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 COMFACHOCÓ

VALOR DE LA NÓMINA	VALOR 4%	BENEFICIARIOS:	
\$	\$		
SUBSIDIO A PAGAR	VALOR SUBSIDIO	C\$	
\$	\$	D\$	
RECIBIDO:	FECHA DE RECEPCIÓN	OBSERVACIONES:	
	DÍA / MES / AÑO		

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 ;

	CARTA DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE EMPRESA	
	Código: FO-SB-09	Versión: 01

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 REPRESENTANTE LEGAL _____

C.C. No. _____ de _____

RAZÓN SOCIAL: _____