



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

CODIGO: PAFI209-PROO1-FAFI001

SOLICITUD DE AFILIACIÓN PATRONAL

VERSIÓN 2.0

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre del Empleador

NIT C.C C.E PA

No.

Dirección

Ciudad/Departamento

Dirección Alternativa donde se realiza la Actividad

Ciudad/Departamento

E-Mail

Teléfono

Fax

Celular

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

Representante Legal

C.C C.E PA

Representante Suplente Legal

C.C C.E PA

Persona que Coordina Comunicación con la Caja

Celular

E-Mail

P.E.P.

Es Usted Persona Expuesta Políticamente

F.E.P.

Tiene Familiar Expuesto Políticamente

Actividad Económica

Código C.I.I.U

CLASE DE EMPLEADOR

Persona Jurídica Independiente Personal Natural Pensionado

No. Trabajadores

Valor Total Nomina

Primer Pago Aporte de

Fecha de Constitución

Solicita afiliación por primera vez a una Caja de Compensación

SI NO

El suscrito _____ Con _____ No. _____

Expedida en _____ En mi carácter de Representante Legal de _____

o en nombre propio, solicito a la Caja de Compensación Familiar de Casanare - COMFACASANARE, la afiliación y si fuera aceptada, me comprometo a cumplir y respetar todos los estatutos, resoluciones, reglamentos y normas de la mencionada Corporación, así como las disposiciones legales que se refiere al Subsidio Familiar, siendo entendido que la violación por parte del empleador de cualquier de estas normas dará derechos a la Caja para ordenar la expulsión.

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 y presentación de las pruebas del caso por parte del trabajador, hasta la desafiliación por cualquier motivo.

FIRMA DEL EMPLEADOR

Solicitud de Datos Personales

Yo, _____, expedida en _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, manifiesto así de manera expresa, AUTORIZO de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Casanare, para tratar mis datos personales de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales de la Institución publicada en la página www.comfacasanare.com.co para los fines relacionados con su objeto social. Dichos datos serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios y envío de información de servicios contemplados en el sistema de subsidio familiar. Lo anterior de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y demás normas aplicables en esta materia.

Firma

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE EMPRESAS:

- Copia de la cédula del Representante Legal Legible
- Certificado de Cámara de Comercio Original no mayor a 60 días.
- Relación de los trabajadores.
- Copia Pago de Seguridad Social y aportes Parafiscales.
- Rut.

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE PERSONA NATURAL:

- Copia de la cédula de ciudadanía legible
- Copia Pago de seguridad social y aportes parafiscales
- Relación de los trabajadores
- Rut.

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE PERSONA INDEPENDIENTE

- Copia de la cédula de ciudadanía legible
- Copia Auto-liquidación Pago Seguridad Social
- Rut.

REQUISITOS PARA CONCESIONES:

- Si la empresa es un Consorcio, debe adjuntar el acuerdo consorcial debidamente firmado.
- Si la empresa es una Unión Temporal, debe adjuntar el acuerdo de la unión temporal debidamente firmado.
- Si la empresa es Sin Ánimo de Lucro debe adjuntar la copia de la Personería Jurídica.
- Si la empresa es una Cooperativa de Trabajo Asociado, debe adjuntar los estatutos en los que conste facultad de afiliarse a una Caja de Compensación Familiar.
- En caso de no tener aun la planilla de pagos realizar una Carta donde especifique el porque no se anexa, firmada por el representante legal.

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE PENSIONADOS

- Copia de la cédula de ciudadanía legible
- Copia de resolución de reconocimiento de pensión
- Copia del último desprendible del pago de la mesada pensional



Vigilado Supersubsidio