

	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO SISTEMA DE GESTIÓN SOLICITUD DE AFILIACION DE EMPLEADOR DE TRABAJADORES DEL SERVICIO DOMESTICO	Código PAS-SAP-F-2
		Versión 3
		Fecha de Aprobación 01/10/2014

E-mail:aportes_comfamiliar@hotmail.com
 COORDINACIÓN DE APORTES Y FISCALIZACION
 TEL: 7230206/EXT 1247/1248/1308/1309

FECHA SOLICITUD

DÍA	MES	AÑO

A. DATOS DE LA EMPRESA			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		CC <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN:		CIUDAD/DEPARTAMENTO:	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL EMPLEADOR:		IDENTIFICACION:	
TELÉFONO (S):	FAX:	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:
ACTIVIDAD U OBJETO SOCIAL:			
CODIGO INDUSTRIA INTERNACIONAL UNIFORME CIIU:			
AUTORIZÓ EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizó en los términos de la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013, de manera libre, previa y voluntaria a la Caja de Compensación Familiar de Nariño, para el tratamiento de mis datos personales y de mi grupo familiar suministrados a través a de este formulario, como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión, para las finalidades mencionadas en las "POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO - Código PGR-SGL- D-4", que permitan recibir información sobre los servicios sociales, programas de la Caja de Compensación Familiar de Nariño y sus empresas afiliadas. Marque con una X SI _____ NO _____.			

B. DATOS NOMINA MENSUAL			
CIUDAD DONDE SE CAUSAN LOS SALARIOS:	No TOTAL DE TRABAJADORES:	VALOR TOTAL NOMINA:	TOTAL DE PERSONAS A CARGO CON DERECHO A SUBSIDIO FAMILIAR MONETARIO:

C. DATOS SOBRE LA AFILIACIÓN			
SOLICITA AFILIACIÓN POR PRIMERA VEZ A UNA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NOMBRE CAJA ANTERIOR:
		FECHA DE RETIRO	
		DÍA	MES
			AÑO
EL _____ SUSCRITO _____ IDENTIFICADO CON CC.No _____ DE _____ EN MI NOMBRE PROPIO COMO PERSONA NATURAL, SOLICITO A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO, LA AFILIACIÓN COMO EMPLEADOR DE TRABAJADORES DE SERVICIO DOMESTICO QUE REPRESENTO Y SI FUERE ACEPTADA ME COMPROMETO A CUMPLIR Y A RESPETAR TODAS LAS NORMAS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO, ASI COMO LAS DISPOSICIONES LEGALES QUE SE REFIEREN AL SUBSIDIO FAMILIAR.			
LA RESPONSABILIDAD EN CUANTO AL SUBSIDIO FAMILIAR, QUEDA LIMITADA A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO DESDE EL MOMENTO DE LA AFILIACIÓN Y EL PAGO DE LOS APORTES POR EL EMPLEADOR.			
_____ FIRMA			

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAMILIAR DE NARIÑO			
FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO	RESOLUCION No	FECHA	DÍA
			MES
			AÑO
OBSERVACIONES:			

REQUISITOS

- Anexar los siguientes documentos:
1. Fotocopia de la cedula de ciudadanía ampliada
 2. Certificado de Paz y Salvo, en caso de afiliacion anterior a otra Caja.
 3. Relacion de trabajador (es) y salarios.