



**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
2
Fecha de Aprobación
24/04/2014

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

| | | |
|-----------------|-----|-----|
| FECHA SOLICITUD | | |
| DIA | MES | AÑO |
| | | |

A. DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|--|------|-----------------------------|------------------------------|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | CC <input type="checkbox"/> | C.E <input type="checkbox"/> |
| | | No <input type="checkbox"/> | <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 CIU: | | | |
| AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES O DOMÉSTICOS (Ley 1581 de 2013 y Decreto 1377 de 2013) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |

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 | DIA | 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 | DIA | MES | AÑO |
| | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | |

VIGILADO

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.

