



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO
SISTEMA DE GESTIÓN
SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE EMPRESAS

Código
PAS-SAP-F-1

Versión
6

Fecha de Aprobación
21/09/2017

E-mail: afiliacion.empresas@comfamiliarnariño.com - comfanaraportes@comfamiliarnariño.com.

Página web: www.comfamiliarnariño.com.

COORDINACION DE APORTES Y FISCALIZACIÓN

PBX: 7230206 EXT 1247/1248 /1309
/1308 TELEFONO: 7227783
CELULAR 3105312768

PRINCIPAL

SUCURSAL

FECHA SOLICITUD

FECHA		
DIA	MES	AÑO

A. DATOS DE LA EMPRESA

		NIT <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN PRINCIPAL:		TELÉFONO (S):	CELULAR:	
CIUDAD/DEPARTAMENTO:	CORREO ELECTRONICO DE LA EMPRESA:			
DIRECCIÓN SUCURSAL:	TELÉFONO (S):	CELULAR:		
CIUDAD/DEPARTAMENTO:	CORREO ELECTRONICO DE LA EMPRESA::			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:		IDENTIFICACIÓN:	CELULAR/TELÉFONO:	
ACTIVIDAD U OBJETO SOCIAL:			CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA:	

AUTORIZO 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 EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO DONDE SE CAUSAN LOS SALARIOS:	No TOTAL DE TRABAJADORES:	VALOR TOTAL NOMINA MENSUAL:
---	---------------------------	-----------------------------

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 DE COMPENSACION ANTERIOR:	FECHA DE RETIRO	DIA	MES	AÑO
E1 SUSCRITO: _____ IDENTIFICADO CON CC No _____					
DE _____ EN MI CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL DE _____					

EN MI NOMBRE PROPIO COMO PERSONA NATURAL, SOLICITA A LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO, LA AFILIACION DE LA EMPRESA QUE REPRESENTO Y SI FUERA ACEPTADA ME COMPROMETO A CUMPLIR Y A RESPETAR TODAS LAS NORMAS DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO.

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, HASTA QUE LA EMPRESA SE DESAFILIA POR CUALQUIER MOTIVO.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAMILIAR DE NARIÑO

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO	RESOLUCION No	FECHA	DIA	MES	AÑO
	OBSERVACIONES:				
CODIGO ASESOR :	NOMBRE DEL ASESOR:				

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DE AFILIACION DE EMPRESAS

RECOMENDACIONES

Diligencie la información correspondiente a su empresa a maquina o en letra imprenta, en forma completa y sin enmendaduras, antes de entregar el formulario revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que el formulario este firmado por el representante legal.

Los datos generales de la empresa que consigne en el formulario, debe corresponder exactamente a los documentos soportes.

Fecha: escriba el día, mes y año de diligenciamiento del formulario.

*Nombre o razón social: escriba la razón social como figura en el Certificado de la Cámara de Comercio, si es persona jurídica o como aparece en el RUT (Registro Único Tributario) si es persona natural.

*NIT: escriba el NIT tal como figura en el RUT.

*Dirección: escriba el nombre de la ciudad de la Sede Principal, escriba el domicilio de la empresa, o de sede principal cuando se trata de varias sucursales.

*Teléfono, Fax y Celular: indique el respectivo número de la empresa donde se puede comunicar con la Caja de Compensación Familiar de Nariño.

*Ciudad/Departamento: escriba el nombre de la ciudad y el Departamento.

*E-mail: escriba el correo electrónico de la empresa en el Departamento de Nariño.

*Nombre del Representante Legal: escriba los nombres y apellidos completos del Representante Legal.

*Identificación: escriba el numero del documento de identificación.

*Actividad u Objeto Social: escriba el tipo de actividad que desarrolla la empresa. Código RUT

*Ciudad donde se causan los salarios: escriba el nombre de la ciudad donde laboran los trabajadores de la empresa.

*Numero total de trabajadores en el Departamento: escriba el numero de trabajadores que se afiliaran a la Caja de Compensación Familiar de Nariño y que trabajan en el Departamento de Nariño.

*Valor total de nomina: escriba el valor de la nomina de los trabajadores que laboran o vinculará en el Departamento de Nariño, información que deberá coincidir con la nomina o certificación que adjunta.

* Afiliación por primera vez: marque con una "x" la casilla correspondiente

* Si en el anterior punto marco Si: escriba a continuación el nombre de la Caja de Compensación Familiar a la cual estuvo afiliado anteriormente y señale la fecha en que dejo de pertenecer a esa Caja.

* En seguida diligencie los datos del Representante Legal: debe firmar el Representante Legal según certificado de Cámara de Comercio o quien figure en el RUT, en caso de persona natural.

DOCUMENTOS A ADJUNTAR (dependiendo el tipo de empresa)

SOBRE CONSTITUCION

1.Certificado de Existencia y Representación Legal en original,expedida por la Cámara de Comercio con vigencia no inferior (3) meses.

2.Fotocopia del Formulario de Inscripción en el RUT (Registro Único Tributario), actualizado.

3.Fotocopia Cedula del Representante Legal.

4.Copia de la nomina mensual de salarios causados o relación de los trabajadores detallando (nombres, apellidos, numero de cedula, salario mensual a devengar) que se vincularán en el Departamento de Nariño, debidamente firmada por el Representante Legal, responsable de la Oficina de Recurso Humanos o Jefe de Personal de la Empresa.

5. Cuando se trate de Contratista copia del contrato por el cual se afilia y copia del acta de inicio. Una vez finalizado el contrato y posterior a la afiliación debe allegar una copia del acta final para inactivar parcialmente por ese contrato

En el caso de contratos ya ejecutados debe incluir copia del contrato, acta de inicio y acta final para registrar los aportes y posteriormente inactivar parcialmente por terminación del contrato.

Las Personas Jurídicas como Colegios, Cooperativas, Corporaciones, Vigilancias, etc. deben presentar Personería Jurídica

-Contratista: Registro de Proponentes quien se encuentre registrado.

-Para el caso de personas naturales (profesionales y no profesionales) no están obligados a presentar certificado de Cámara de Comercio.

-Acta de posesión del Representante Legal para entidades oficiales.

-Cuando se trate de Unión Temporal y Consorcio la respectiva Acta de Constitución.

-Cooperativa de Trabajo Asociativo CTA:

-Copia de los Estatutos en los que conste la facultada de afiliarse a una Caja de Compensación Familiar.

-Acreditación de su personería jurídica y certificación de existencia y representación legal expedida por autoridad competente.

-Copia de la Resolución expedida por el Ministerio de la Protección Social mediante el cual fueron aprobados los regímenes de compensaciones y de trabajo asociado.

Nomina de los cooperados con su respectivo salario debidamente firmados.