

	<b>CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO</b> <b>SISTEMA DE GESTIÓN</b> <b>SOLICITUD DE AFILIACION DE EMPLEADOR DE TRABAJADORES DEL SERVICIO DOMESTICO</b>	Código PAS-SAP-F-2
		Versión 3
		Fecha de Aprobación 1/10/2014

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	
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 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 DE \_\_\_\_\_ 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:				

VIGILADO SuperSubsidio

**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.