



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

Código PAS-SAP-F-1
Versión 9
Fecha de Aprobación 17/05/2024

E-mail:afiliacion.empresas@comfamiliarnarino.com - comfanaraportes@comfamiliarnarino.com.
 Página web: www.comfamiliarnarino.com.
 COORDINACION DE APORTES Y FISCALIZACIÓN
 PBX: 7230206 EXT 1247/1309 /1308 CELULAR 3144251227

FECHA DE SOLICITUD		
DIA	MES	AÑO

A. DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL		NIT	C.C.	C.E.
No				
DIRECCIÓN PRINCIPAL:		TELÉFONO (S):	CELULAR:	
CIUDAD/DEPARTAMENTO:	CORREO ELECTRONICO DE LA EMPRESA			
CORREO ELECTRONICO REPRESENTANTE LEGAL:				
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:	

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a COMFAMILIAR NARIÑO a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en www.comfamiliarnarino.com y/o en la Calle 16B # 30-53 Parque Infantil, que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

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

El 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, DEPENDIENDO DEL PAGO OPORTUNO DE APORTES POR PARTE DEL EMPLEADOR A PARTIR DE LA FECHA DE AFILIACION.

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 FORMATO PARA SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE EMPRESAS

RECOMENDACIONES

Diligencie la información correspondiente a su empresa, en forma completa, legible, sin tachones ni enmendaduras. Antes de entregar la Solicitud revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la Solicitud este firmada por el representante legal.

Los datos generales de la Empresa que consigne en la solicitud, debe corresponder exactamente a los documentos soportes.

FECHA DE SOLICITUD : escriba el día, mes y año de diligenciamiento de la Solicitud.

A. DATOS DE LA EMPRESA

RAZON 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 PRINCIPAL: Escriba el domicilio de la empresa.

TELÉFONO (S) / CELULAR : Indique el número de la empresa donde se puede comunicar la Caja de Compensación Familiar de Nariño.

CIUDAD/DEPARTAMENTO: Nombre de la ciudad de la Sede Principal.

CORREO ELECTRONICO DE LA EMPRESA : Escriba el correo corporativo .

CORREO ELECTRONICO REPRESENTANTE LEGAL: Escriba el correo electrónico del Representante Legal de la empresa.

DIRECCIÓN SUCURSAL: Escriba el domicilio de la sucursal de la empresa.

TELÉFONO (S) / CELULAR : Indique el número de la sucursal de la empresa donde se puede comunicar la Caja de Compensación Familiar de Nariño.

CIUDAD/DEPARTAMENTO: Nombre de la ciudad de la Sucursal de la Empresa

CORREO ELECTRONICO DE LA EMPRESA : Escriba el correo corporativo de la Sucursal de la Empresa.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL: Escriba los nombres y apellidos completos del Representante legal de la Empresa

CELULAR/TELÉFONO: Escriba el numero de contacto del Representa Legal de la Empresa.

ACTIVIDAD U OBJETO SOCIAL: Detalle la actividad económica principal u objeto social a que se dedica la empresa.

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: Escriba el número del código de la actividad económica, que se encuentra en el RUT.

B. DATOS NOMINA MENSUAL

CIUDAD EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO DONDE SE CAUSAN LOS SALARIOS: Escriba el nombre de la ciudad donde laboran los trabajadores de la empresa.

No TOTAL DE TRABAJADORES: 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 NOMINA MENSUAL: 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.

C. DATOS SOBRE LA AFILIACIÓN

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, expedida por la Cámara de Comercio con vigencia no inferior (3) meses.

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

3. Fotocopia Cedula del Representante Legal.

4. Copia de la nomina mensual de salarios causados o certificación laboral detallando (nombres, apellidos, numero de cedula, salario mensual a

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.

6. 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.