

Solicitud de Afiliación Persona Natural Caja de Compensación Familiar de Sucre

Los datos suministrados en el presente formulario son de uso interno y confidencial



Datos del Empleador

Nombre empleador		Fecha de nacimiento		
Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		Número	Fecha matrícula ante Cámara de Comercio o inicio de actividad según RUT	
Dirección				
Localidad		Barrio	Ciudad y/o municipio	
Teléfono principal		Celular	Fax - opcional	
Objeto social o actividad a la que se dedica			Servicio Doméstico <input type="checkbox"/>	
Estuvo o está afiliado a una Caja de Compensación Familiar como empleador Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____				
Correo electrónico (Recuerde que a través de esta dirección estaremos en contacto con Usted)				
Valor nómina \$ _____		Lugar donde se causan los salarios		
Administradora de Riesgos Laborales (ARL)				
Número de empleados (Trabajadores por nómina)		Hijos con derecho a subsidio (Hijos menores de 18 años donde el trabajador devengue menos de 4 salarios mínimos legales)		
Número de trabajadores hombres	Número de trabajadores mujeres	Trabajadores con derecho a subsidio	Hijos discapacitados	CIU (Tomado de RUT)
Actividad SENA		Sector económico		

Al diligenciar el presente formulario el empleador interesado en la afiliación a la Caja de Compensación Familiar de Sucre Comfasucre está dando cumplimiento al requisito establecido en el numeral 1 artículo 39 del decreto 841 de 1988.

Declaración:

En calidad de empleador declaro que la información registrada en este formulario es cierta y tiene por objeto solicitar la afiliación a la Caja de Compensación Familiar de Sucre Comfasucre. En caso de ser aceptados como afiliados nos comprometemos a cumplir y a respetar la legislación del Subsidio Familiar, al igual que los estatutos y reglamentos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre Comfasucre.

Cualquier falsedad u omisión voluntaria conlleva a la anulación de esta solicitud.

Observaciones:

_____ Firma del Empleador	Fecha: _____ C.C. No. _____
------------------------------	-----------------------------------

Original: Comfasucre Copia: Cliente



comfasucre

Por ti, por tu familia.

DOCUMENTOS A PRESENTAR PERSONA NATURAL	
1	Carta de solicitud de afiliación a Caja de Compensación Familiar de Sucre COMFASUCRE, firmada por el representante legal, indicando fecha a partir de la cual desea afiliarse y especificando si hasta ahora se está generando su primera nómina.
2	Si tiene actividad comercial se debe anexar Certificado de Existencia y Representación Legal (no mayor a 30 días), expedido por la Cámara de Comercio.
3	Fotocopia del RUT.
4	Fotocopia de la Cédula del Representante Legal.
5	Relación de los trabajadores y salarios (nombres, número de documento de identidad, valor del salario); y/o copia del último pago realizado a través del operador. Debe incluirse todo el personal de la nómina (directivos, profesionales y operarios)
6	Formulario de afiliación debidamente diligenciado para persona natural.

DOCUMENTOS A PRESENTAR EMPLEADOR DOMÉSTICO	
1	Carta de solicitud de afiliación a Caja de Compensación Familiar de Sucre COMFASUCRE, firmada por el empleador, indicando fecha a partir de la cual desea afiliarse y especificando si hasta ahora se está generando su primera nómina.
2	Fotocopia del RUT (Si posee)
3	Fotocopia de la Cédula del Empleador. Relación de los trabajadores y salarios (nombres, número de documento de identidad, valor del salario); y/o copia del último pago realizado a través del operador.
4	Debe incluirse todo el personal de la nómina (Niñera, conductor, ama de llaves, mayordomo, trabajador de finca, jardinero)
5	Formulario de afiliación debidamente diligenciado para empleador doméstico.