



FORMULARIO PARA AFILIACION DE EMPLEADORES

Versión

4

F. Aprobación

18/08/2015

Código

FO-MSF-01

No. RADICACION:

No. de Folios:

FECHA

DD

MM

AAAA

1. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL

Nº

NIT

C.C.

C.E.

DIRECCIÓN:

MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

TELÉFONOS:

CELULAR:

FAX:

EMAIL

PÁGINA WEB:

REPRESENTANTE LEGAL

CARGO

PERSONA QUE TENDRÁ CONTACTO DIRECTO CON COMFACOR

CARGO

NATURALEZA Pública
 Privada
 Mixta

ACTIVIDAD ECONOMICA

CODIGO

Tipo de Sociedad

Sociedad Anónima

Empresa Extranjera

En Comandita Simple

Corporación

E.U.

Otra

Empresa Estatal

Sociedad Limitada

Fondes de Empleados

Cooperativa

Empleador del Servicio Doméstico

En Comandita por Acciones

Sociedad Colectiva

Sociedad Anónima Simplificada

Fundación

Cual?

Nº DE TRABAJADORES EN CORDOBA

VALOR TOTAL DE LA NOMINA EN CORDOBA

FECHA CONSTITUCION

DD

MM

AAAA

Estaba afiliado a otra Caja de compensación Familiar

SI

NO

Cual?

El suscrito _____ con cédula de ciudadanía Nº _____ expedida en _____ en mi carácter de representante legal de _____ o en nombre propio, solicito a la Caja de Compensación Familiar de Córdoba COMFACOR, la afiliación y si fuere aceptada me comprometo a cumplir y respetar todos los estatutos, resoluciones, reglamentos y normas de la mencionada Corporación, así como las disposiciones legales que se refieran al Subsidio Familiar, siendo entendido que la violación por parte del empleador de cualquiera de estas normas dará derecho a la Caja para ordenar la Expulsión-

La responsabilidad en cuanto al Subsidio Familiar queda limitada para la Caja, desde el momento de la afiliación y pago de los aportes por parte del empleador y presentación de las pruebas del caso por parte del trabajador, hasta la desafiliación por cualquier motivo.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO

Espacio reservado para COMFACOR

OBSERVACIONES

APORTES 4 %

ACEPTADA PARA

MM

AAAA

ACTA Nº

Nº DE FOLIOS

DE FECHA

DD

MM

AA

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR
www.comfacor.com.co
Nit. 891080005-1

Cra 9 Nº 12-01 Montería
E-mail: subsidio@comfacor.com.co
Telefono: 7835363 Ext. 222-286-379

VER INSTRUCCIONES AL RESPALDO

VIGILADO SuperSubsidio

VIGILADO SuperSubsidio

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Diligencie completamente el formulario, preferiblemente en letra imprenta o a máquina, sin tachones ni enmendaduras.
2. Es indispensable diligenciar toda la información del representante legal de la empresa. En el espacio de contactos, diligencie los datos de la persona que tendrá contacto directo con Comfacor para atención de inquietudes.
3. Es importante establecer la naturaleza y la actividad económica y código. De igual forma es indispensable el número total de trabajadores y valor total de la nómina mensual de la empresa en Córdoba, y las fechas de constitución e inicio de actividades de la misma.
4. Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación este completa.

DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR AL FORMULARIO**1. CONSTITUCIÓN**

- Certificado original de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio si se trata de sociedades con fecha no superior a 30 días
Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal
- Las empresas con figura de cooperativas deben incluir además los Estatutos de su Conformación.

2. NOMINA

- Relación de trabajadores y salario
- Si en la nómina figuran trabajadores que hayan devengado menos del salario mínimo legal vigente mensual, presentar copia del contrato de trabajo, indicando cuanto gana y cual es su horario.

3. AFILIACIÓN ANTERIOR

- Si la empresa está o ha estado afiliado a una Caja de Compensación Familiar: Certificado de paz y salvo por todo concepto, expedido por la misma, en la cual se indique fecha de desafiliación.

Señor empresario, para su comodidad contamos con sedes en diferente municipios del departamento de Córdoba, a las cuales se pueden acercar a llevar todos los documentos y aclarar cualquier inquietud, estas son:

AYAPEL

Dir: Av. Simón Bolívar. Dg al Hospital
Tel: 770 61 22 Cel:3205211792

CERETE

Dir: Calle 8A N°15-53 B/ El Socorro
Tel: 774 55 82 Cel:3176681497

MONTelibano

Dir: Cra 4 N°13-129 Primer Piso B/ Centro
Tel: 7625872 Cel.: 3182164737

PUERTO LIBERTADOR

Dir: Cra 9 N° 16-54 B/ Palmira
Tel: 7726082 Cel: 316 877 81 81

SAN JOSÉ DE URE

Dir: Cra. 5 N° 7-58 B/ Centro
Cel: 3145417791

TIERRALTA

Dir: Cra. 13 N° 6-07 Apto 01 B/ Centro
Tel: 7685365 Cel: 3106123222

SAN ANDRES D E SOTAVENTO

Dir: Cra. 5 N° 6-76 Calle del mercado
Cel: 3216492474

BUENAVISTA

Dir: Cra. 10 N°9-30 B/ 3 Enero
Tel: 771 21 13 Cel: 3103654245

COTORRA

Dir: Calle 15 N°13A-254 B/ Sta. Lucia
Tel: 767 50 31

PLANETA RICA

Dir: Calle 18 Cra 9 Esquina N°8-88
Tel: 776 90 39 - 7663242

SAHAGUN

Dir: Calle 10 Cra 9 B/ Bosque Centro
Tel: 759 90 43 Cel: 3013308052

SAN PELAYO

Dir: Carrera 8 N° 7-58 B/ Centro
Tel: 7633037 - Cel: 3106455900-3005590413

LA APARTADA

Dir: calle 20 N° 11-20 Trocal
Cel: 3216963966 - 3145724041

PUEBLO NUEVO

Dir: Carrera 10 N° 13-41 B/ Centro
Tel: 7653830 - Cel: 3107262576

CANALETE

Dir: Calle 1a entre Cra 1 y 2, al lado del Camu Canalete
Cel: 3174017528

LORICA

Dir: Calle 2 N° 13-36 Piso 1. Oficina 1. B/ El Remolino
Cel: 7731601

PUERTO ESCONDIDO

Dir: Calle Principal Av. 20 de Julio
Cel: 317 642 08 17

SAN BERNARDO DEL VIENTO

Dir: Cra. 7 N° 8-58 Calle del Comercio
Tel: 7554201 Cel: 3186531786

VALENCIA

Dir: Carrera 12 N° 12-50 Loc. 102- Centro Comercial Pasaje Panorama
Cel: 3126774031 - 3216963961

CHINU

Dir: Carrera 7A N° 18-25 Loc. 102 Edif Plaza Vieja
Tel: 7654622 - Cel: 3205602020

SAN CARLOS

Dir: Carrera 5 N° 5A B/ Guarumal
Tel: 7781019 - Cel: 3012570413

ESPACIO RESERVADO PARA COMFACOR**CAUSALES DE RECHAZO****1. FALTA EL DOCUMENTO SOPORTE:**

- Certificado original de Existencia y Representación Legal con fecha no superior a 30 días.
- Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal
- Copia de la última nómina mensual
- Certificado de paz y salvo de la Caja a la que pertenecía
- Estatutos de conformación de la empresa (Cuando es Cooperativa)

Otro: _____

**ESPACIO RESERVADO PARA LA UNIDAD DE GESTIÓN SUBSIDIO FAMILIAR****2. Formatos y/o documentos**

Mal diligenciados Ilegibles Enmendados Incompletos
