



DATOS DE LA EMPRESA

NIT O CC:		Nombre o Razón Social:			
Sigla:		Dirección:		Teléfono:	Fax: -
Ciudad:		Zona Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/>		Tipo De Sociedad	
Página Web			Correo Electrónico		Tiene Sucursal SI NO
1	Nombre:				
	Dirección:	Ciudad:	Teléfono:	Fax:	
2	Nombre:				
	Dirección:	Ciudad:	Teléfono:	Fax:	
3	Nombre:				
	Dirección:	Ciudad:	Teléfono:	Fax:	

DESCRIBA LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA

DATOS SOBRE AFILIACIÓN

Solicita afiliación a COMFACHOCÓ, por primera vez?	SI	Ha estado afiliado a una Caja de Compensación en el Departamento del Chocó	SI			
	NO		NO	DÍA	MES	AÑO
En caso afirmativo, escriba el nombre de la Caja a la cual esta afiliada la Empresa			Fecha en que dejo de pertenecer a esa Caja			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

CC:	NOMBRES COMPLETOS		
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	TELÉFONO:	

DATOS DEL PROPIETARIO DE LA EMPRESA

CC:	NOMBRES COMPLETOS		
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	TELÉFONO:	

DATOS DE LA PERSONA ENCARGADA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

CC:	NOMBRES COMPLETOS		
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	TELÉFONO:	

NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES	MUJERES	HOMBRES	NÚMERO TOTAL DE PERSONAS A CARGO DE LOS TRABAJADORES
VALOR TOTAL DE LA NÓMINA DEL ÚLTIMO MES (Incluyendo Sueldos, Jornales, Comisiones, Trabajo Suplementario, Nocturno, etc.)			
S			

Declaro que la empresa esta obligada a pagar el Subsidio Familiar a través de COMFACHOCO, que cumple con las normas sobre Salario Mínimo, se aviene al cumplimiento de los estatutos de la Corporación, y que los datos aquí consignados son fidedignos.

Ciudad y Fecha: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
CC No:

FIRMA Y SELLO

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACHOCO

Valor de la Nómina: S	Valor 4% S	Beneficiarios	
Subsidio a Pagar S	Valor Subsidio S	C \$	D \$
RECIBIDO POR:	FECHA DE RECEPCIÓN:		OBSERVACIONES:
	DÍA	MES	

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

ANEXE AL PRESENTE FORMULARIO, (COMPLETAMENTE DILIGENCIADO) LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

1. Copia de la cedula de ciudadanía del representante legal
2. Copia del NIT (Expedido por la DIAN)
3. Copia del Registro Mercantil
4. Copia del Certificado de existencia y representación legal.
5. Copia de la última nómina de pago.
6. Si se encontraba afiliado a otra Caja de Compensación Familiar, anexar copia del Certificado de Paz y Salvo.
7. Si el representante legal es elegido, anexar acta de posesión o constitución de la



NOTA.

**AL MOMENTO DE ENTREGAR EL FORMULARIO, NO OLVIDE ANEXAR TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.
EL FORMULARIO DEBE ENTREGARSE BIEN DILIGENCIADO, SIN TACHONES NI ENMENDADURAS, GRACIAS !**