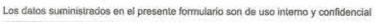
Solicitud de Afiliación Persona Natural Caja de Compensación Familiar de Sucre





Datos del Empleador						
Nombre empleador					Fecha de nacimiento	
lipo de Identificación C.C. ☐ C.E. ☐ Pasaporte ☐				Fecha matrícula ante Cámara de Comercio o Inicio de actividad según RUT		
Pirección				1111)		
ocalidad		Barrio			Cludad y/o municipio	
uncreff #W		NUMBER OF STREET		part A, er	SI THE THE PLANT IN CO.	
aléfono principal		Ceiular		Fax - opcional		
Objeto social o actividad a la que se	dedica			Se	rvicio Doméstico	
Estuvo o está afiliado a una Caja de	Compensación	Familiar como emple	eador			
			SI	□ No □	Cuál?	
Correo electrónico (Recuerde que a tr	avés de esta dire	ección estaremos en co	entacio con Usted)			
/alor nómina	\$Lugar donde se causan los salarlos					
idministradora de Riesgos Laborale	s (ARL)					AL 150-20-20
	Arange at			-		
túmero de empleados Trabajadores por nómina)			Hijos con derec (Hijos menores de	ho a subsidio 18 años donde el trab	ajador devengue menos de 4 s	atarios minimos legales)
lúmero de trabajadores hombres	fores hombres Número de trabajadores mujeres		Trabajadores con derecho a subsid		lio Hijos discapacitados	CIIU (Tomado de RU
Actividad SENA	A DESTRUCT MUCLARIAN		Sector aconómico			
Al diligenciar el presente formo	ulario el emp	leador interesado	en la afiliación	a la Caia de C	ompensación Familiar	de Sucre Comfasuc
está dando cumplimiento al re Declaración: En calidad de empleador dec a Caja de Compensación Fai a respetar la legislación del Sucre Comfasucre.	quisito estab laro que la i miliar de Su	lecido en el nume nformación regist cre Comfasucre.	rada en este fo En caso de se	del decreto 84 ormulario es cie r aceptados co	11 de 1988. erta y tiene por objeto mo afiliados nos com	solicitar la afiliación
Cualquier falsedad u omisión	voluntaria c	onlleva a la anula	ación de esta s	olicitud.	4	
Observaciones:	m st		el mar	nbin	marta darah	nominal y
		To the second second			ro notar-Head	
			Fe	echa:		
Firma d	lel Empleador			C. No.		

Original: Comfasucre Copia: Cliente



	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.