

Ciudad _____ Fecha: _____

SEÑOR (ES)
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE – COMFASUCRE
Nit. 892.200.015-5
Sincelejo.
E. S. D.

ASUNTO:	Solicitud de Afiliación y/o Activación de Empresas
----------------	--

Cordial Saludo,

En cumplimiento con lo preceptuado en el artículo 139 del Decreto 019 de 2012, y con los requisitos establecidos por su Caja de Compensación Familiar, solicito a usted, la afiliación de la misma a partir de la fecha:

_____.

I. DATOS SOBRE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA:	
NIT EMPRESA:	
DOMICILIO:	
MUNICIPIO DE SUCRE DONDE LABORAN SUS TRABAJADORES:	

Nota: Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en el presente registro, son veraces. Lo anterior, bajo cumplimiento de su política de protección de datos, según lo reglamentado por leyes 1266 de 2008, 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y CST Art.62 núm. 1. A través de este documento, en calidad de titular de la información, autorizo a la Caja de Compensación COMFASUCRE a dar tratamiento a mis datos personales para el desarrollo de su objeto social.

Además, manifiesto que SI (); NO () he estado afiliado en otra Caja de Compensación Familiar en el Departamento de Sucre.

Si la respuesta es SI, por favor anexar certificado paz y salvo que autorice el traslado a otra Caja de Compensación.

II. DATOS SOBRE NÓMINA MENSUAL

#	No. CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS DE TRABAJADORES EN SUCRE	SALARIO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

VALOR DE LA NÓMINA EN SUCRE	
------------------------------------	--

Firma del representante legal:

Cédula: _____

Celular: _____

Email: _____

Obligaciones de las Empresas: Usted está en la obligación de afiliar todos los trabajadores a su cargo, para que, de esta forma, puedan estos afiliarse a su núcleo familiar y así poder disfrutar de la cuota monetaria y demás servicios que ofrece COMFASUCRE. Lo anterior, con fundamento en el **Decreto 1072/2015 del Ministerio de trabajo y Seguridad Social, en su artículo 2.2.7.2.2.2.**, el cual reza: **“Obligaciones de los empleadores sobre afiliación. Todos los empleadores tienen la obligación de informar oportunamente todo hecho que modifique la calidad de afiliado al Régimen del Subsidio Familiar, respecto de los trabajadores a su servicio”.** So pena que la empresa pasados dos meses luego de su aceptación pueda ser inactivada en nuestra Caja, al encontrarse que ésta no cuenta con todos sus trabajadores afiliados. Tal como lo estipula la Circular Única Básica Jurídica emitida por la Superintendencia de Subsidio Familiar y el Manual de Acciones persuasivas de cobro y expulsión a empleadores morosos de la Caja de Compensación Familiar de Sucre. Entendiéndose que éste deberá:

1. Afiliar a sus beneficiarios y adjuntar la documentación requerida.
2. Reportar todas las novedades que se presenten dentro del grupo familiar y que puedan modificar los derechos adquiridos.