



ACTUALIZACIÓN DATOS DE EMPRESAS AFILIADAS A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación					Número de Identificación	Suc (Uso Comfenalco)	Razón Social o Nombre del Empleador
NIT	C.C	C.E	T.I	P.A			
Sector		Persona		Actividad Económica			
Privado	Oficial	Natural	Jurídica				

DATOS DE UBICACIÓN DE LA EMPRESA

Dirección					Departamento
Municipio				Barrio	Celular
Sector:	Urbano	Rural		Teléfono 1	Teléfono 2
Fax			Dirección Página Web		
Correo Electrónico					

DATOS PARA ENVIO DE CORRESPONDENCIA

Dirección					Departamento
Municipio				Barrio	Celular
Sector:	Urbano	Rural		Teléfono 1	Teléfono 2

REPRESENTANTE LEGAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo de Identificación				Número de Identificación
				C.C	C.E	T.I	P.A	
Dirección			Departamento	Municipio				
Barrio	Teléfono	Celular	Correo Electrónico					

JEFE DE GESTION HUMANA

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo de Identificación				Número de Identificación
				C.C	C.E	T.I	P.A	
Dirección			Departamento	Municipio				
Barrio	Teléfono	Celular	Correo Electrónico					

ENCARGADO DE LA CUOTA MONETARIA

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo de Identificación				Número de Identificación
				C.C	C.E	T.I	P.A	
Dirección			Departamento	Municipio				
Barrio	Teléfono	Celular	Correo Electrónico					

A.R.P Donde esta afiliada la Empresa	
--------------------------------------	--

OBSERVACIONES

NOTA: EN CASO DE CAMBIO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA, NIT, RAZÓN SOCIAL O REPRESENTANTE LEGAL SE DEBE ADJUNTAR A ESTE FORMATO EL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL DE CÁMARA DE COMERCIO O ENTIDAD COMPETENTE Y EL RUT CON FECHA DE EXPEDICIÓN NO MAYOR A 30 DÍAS. (APLICA PARA EMPRESAS AFILIADAS)

<p style="text-align: center;">_____ FIRMA REPRESENTANTE LEGAL</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>Recibido COMFENALCO</p>
--	--