

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN DEL EMPLEADOR
DE SERVICIO DOMÉSTICO**
GESTIÓN DE APORTES Y SUBSIDIO MONETARIO



GSM-FOR-009

Versión: 5 Fecha: Diciembre del 2021

RADICADO N° _____

I. DATOS DEL EMPLEADOR

TIPO DE DOCUMENTO: C.C ____ C.E ____ P.P ____ P. E.P ____ P.P.T ____		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
NOMBRES:			
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:		MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	BARRIO:
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:		SECTOR: RURAL ____ URBANO ____	
EMAIL:		CELULAR:	
TELÉFONO:		CÓDIGO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA (DIAN):	

BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMATO REFLEJAN LA REALIDAD DEL SOLICITANTE

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es verídica y autorizo a COMFAGUAJIRA a que verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

* Autorizo a Comfaguajira a utilizar los datos aquí registrados para que sean tratados de manera confidencial, segura, leal y transparente en los términos y condiciones señalados en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para el desarrollo de campañas promocionales, ofertas de servicios y programas de fidelización diseñadas, implementadas y administradas por COMFAGUAJIRA o terceros autorizados.

* Autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contacto, entre otros: Número de teléfono móvil o fijo, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología y que tenga registrados en sus bases de datos. Así mismo Autorizo me sean notificadas personalmente todas las decisiones y situaciones originadas como afiliada a la Caja de Compensación Familiar de la Guajira, al siguiente correo electrónico: _____. Cualquier cambio en la dirección electrónica o cualquier otro medio de contacto deberá ser notificada a Comfaguajira. " SI ____ NO ____"

Firma del usuario _____

HUELLA

"La huella aplica en caso de no poder firmar"

EMPLEADOR
_____ FIRMA

RECIBIDO RESPONSABLE DE AFILIACIONES
_____ FIRMA, FECHA Y SELLO DE COMFAGUAJIRA

RECIBIDO DPTO DE APORTES Y SUBSIDIO
_____ FIRMA, FECHA Y SELLO DE COMFAGUAJIRA

Causales de rechazo o devolución de la afiliación * Que los documentos no estén completos * Que no estén legibles, con tachones, corrector y/o enmendaduras * Que no esté totalmente diligenciado	OBSERVACIONES _____ _____ _____
---	---