

FORMATO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

PARA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA COMFENALCO TOLIMA

En cumplimiento del Artículo 5 de la Resolución No. 2082 del 06 de octubre de 2016 emitida por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social – UGPP. Nos permitimos actualizar la siguiente información:

Cambio de Representante Legal: SI \_\_\_ NO \_\_\_\_ (Si registró Si Chequee y anexe los siguientes soportes):

* Certificado de Existencia y Representación Legal de la Entidad Competente con fecha de expedición no mayor a 30 días
* Fotocopia C.C. del Representante Legal

OTRO ENUNCIAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **DATOS EMPRESA** |
| **RAZÓN SOCIAL: (Según certificado de existencia jurídica ó RUT)** |
| **NIT:** | **DIGITO VERIFICACION:** |
| **DIRECCIÓN:** | **BARRIO:** |
| **MUNICIPIO:** | **DEPARTAMENTO:** |
| **TELÉFONO FIJO / PBX:**  | **FAX:** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **CELULAR:** |
| **DATOS REPRESENTANTE LEGAL (PARA INFORMACION ASAMBLEA DE AFILIADOS)** |
| **NOMBRE:** |
| **TIPO Y No. DOCUMENTO IDENTIDAD:** | **FECHA NACIMIENTO:** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:**  | **CELULAR:** |

|  |
| --- |
| **DATOS SUCURSAL** **(Diligenciar si tiene sucursal en el Dpto. del Tolima, de lo contrario omitirlo)** |
| **DIRECCIÓN:** | **BARRIO:** |
| **MUNICIPIO:** | **TELÉFONO FIJO / PBX:**  |
| **CELULAR:** | **FAX:** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **CONTACTO:** |
| **FECHA DILIGENCIAMIENTO FORMATO:**  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **FIRMA Y SELLO AUTORIZADO EMPLEADOR FIRMA Y SELLO RECIBIDO COMFENALCO**

**Para mayor información nos puede contactar al correo** actualizacionempresas@comfenalco.com.co **ó al teléfono 2670088 EXT. 512**

