Ibagué, \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de 20\_\_\_

Señores

**COMFENALCO TOLIMA**

Departamento de Mercadeo Corporativo

Ciudad

Ref.: **AFILIACIÓN A CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**

Cordial saludo

En mi calidad de representante legal de la empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con NIT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **CERTIFICO** que la empresa no ha estado afiliada a otra Caja de Compensacion en el Departamento del Tolima, por lo tanto solicito la afiliación de la empresa a la Caja de Compensación COMFENALCO TOLIMA.

**CERTIFICO** el primer pago de Aportes se hará a partir del mes**\_\_\_\_\_\_** y año**\_\_\_\_\_\_.**

**(De acuerdo al diligenciamiento del formulario)**

**NOTA:** De no tener trabajadores activos a la fecha por favor informar en la oficina de aportes para no generar el cobro del mismo **seccionaportes@comfenalco.com.co. Tel: 2670088 Ext 512.**

Atentamente,

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

CC

Representante legal.

Cel.