

Ciudad _____ Fecha _____

Señores
**CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA
NEIVA**

Cordial saludo.

Comendidamente me permito solicitar la afiliación del
empleador(a) _____
_____ identificada con Nit _____ ante la Caja Compensación los pagos
de aportes parafiscales se iniciarán a cancelar a partir del día _____ mes _____
año _____. Fecha en que se vinculó a laborar el personal.

Nota:

Si su empresa es un CONSORCIO o UNIÓN TEMPORAL indique cuál de los
consorciados es el responsable del pago de seguridad social.

Consortiado responsable del pago _____

Firma del representante legal: _____

Cédula: _____

Celular: _____

Email: _____