

Ciudad _____ Fecha _____

Señores
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA
NEIVA

Cordial saludo.

Comedidamente me permito solicitar la afiliación de la empresa _____ 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: _____