

Importante:

Aplica sólo para empresas que estén inactivas con la Caja De Compensación Familiar Del Huila con un tiempo no mayor a un año, por no contar con trabajadores afiliados o por haber solicitado retiro de manera voluntaria.

Ciudad _____ Fecha _____

Señores

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA

Neiva

Asunto: Renovación afiliación empresa

Me permito informar que a partir del mes de _____ año _____ vinculé nuevamente trabajadores, por tal razón solicito la Renovación de mi afiliación como empleador a partir de _____

Atentamente,

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

CC.

IMPORTANTE DILIGENCIAR LOS SIGUIENTES DATOS:

NIT de la empresa _____
Razón Social _____
Dirección de la empresa _____
Barrio _____
Ciudad _____
Nombre del Representante Legal _____
No. Cédula del Representante Legal _____
Correo Electrónico _____
Teléfono Fijo _____
Teléfono Celular _____