

**Para uso interno**

Cod. documento:

No. de expediente:

NIT:

**SOLICITUD DE DOCUMENTOS EMPRESARIALES****Datos de la empresa**

Nombre comercial:

Razón social:

NIT:

**Marque el tipo de documento que desea solicitar y complete los datos requeridos:**

<input type="checkbox"/>	Solvencia*. Cantidad requerida: _____	<p>*Consideraciones sobre la entrega de Solvencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentar copia de NIT del empleador</li> <li>• Para que la AFP pueda otorgar una solvencia, la empresa no debe registrar períodos pendientes de pago. Si registra deuda, se entregará a la persona autorizada en este formulario el Estado de Cuenta de la Empresa, para que pueda efectuar el correspondiente pago.</li> <li>• Las empresas que efectúen su pago de planillas en fecha posterior al vencimiento deberán presentar los comprobantes de pago originales en cualquiera de nuestras agencias, para poder ser clasificadas como solventes.</li> <li>• Si la empresa no presenta afiliados en la AFP, se le extenderá una Solvencia donde se aclare tal situación.</li> <li>• Para las empresas beneficiarias de la Ley de Zonas Francas Industriales y de Comercialización, las AFP informan electrónicamente, el 17 día hábil de cada mes, el estado de pago a la Dirección General de Aduanas.</li> </ul> <p>** Para solicitar estos tipos de documentos, es necesario que complete en la parte posterior de este formulario, la nómina de empleados para los cuales requiere la documentación. Indicando el nombre completo y el NUP o Documento de Identidad.</p>
<input type="checkbox"/>	Copia de Planillas. Número:	
<input type="checkbox"/>	Reporte de inconsistencias en planillas	
<input type="checkbox"/>	Reporte de Depuración de Cotizaciones no Declaradas	
<input type="checkbox"/>	Estado de Cuenta Empresarial.	
<input type="checkbox"/>	Constancia de Afiliación**	
<input type="checkbox"/>	Listado de empleados que se encuentran afiliados a AFP CONFIA.	
<input type="checkbox"/>	Copia de Contrato de Afiliación para el Empleador**	
<input type="checkbox"/>	Otro: _____	

**En caso de requerir que AFP CONFIA entregue la documentación a una persona diferente al firmante, completar la siguiente información:**

Nombre completo de la persona que retirará la documentación:

Documento de identidad con el cual se identificará: Tipo \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Al autorizar que los documentos sean entregados a un tercero, la empresa releva de responsabilidad a AFP CONFIA por el uso de la información contenida en ellos.

Nombre y firma de representante de la empresa

Sello de la Empresa

**Para uso interno**

Persona que recibe la documentación

Empleado que entrega la documentación

Nombre:

Nombre:

Código:

Firma:

Comentario:

Departamento:

Fecha de recepción:

