


 Cofrem <small>Caja de Compensación Familiar</small>	FORMATO “AFILIACIÓN DE EMPLEADORES”		Página 1 de 2
	Dependencia Generadora: División de Aportes		Código: PD-160-01-F02
			Versión: 6
			F. Vigencia: 2021-08-19

AÑO	MES	DIA
AAAA	MM	DD

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO, LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE SE DETALLAN EN EL RESPALDO

* FAVOR DILIGENCIAR EL FORMATO A MÁQUINA O EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA. UTILICE TINTA DE COLOR NEGRO.

* FAVOR NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBREADOS.

A. INFORMACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR									
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL									
NIT Ó CÉDULA		PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/>		SECTOR PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/>		FECHA DE CONSTITUCIÓN (Persona Jurídica) AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> DIA <input type="text"/> <input type="text"/>			
TIPO DE PERSONA JURÍDICA SOCIEDAD ANÓNIMA <input type="checkbox"/> SOCIEDAD LIMITADA <input type="checkbox"/> SOCIEDAD EN COMANDITA <input type="checkbox"/> SOCIEDAD DE HECHO <input type="checkbox"/> UNIPERSONAL <input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> ECONOMÍA MIXTA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE CUÁL?: _____									
OBJETO PRINCIPAL DEL NEGOCIO									
ACTIVIDAD ECONÓMICA - RUT		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
CODIGO CIU		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
B. DIRECCIÓN Y OTROS DATOS DEL EMPLEADOR									
DIRECCIÓN DE NOTIFICACION LEGAL			BARRIO		DPTO		MUNICIPIO		CÓDIGO <input type="text"/>
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO					
DIRECCIÓN COMERCIAL			BARRIO		DPTO		MUNICIPIO		CODIGO <input type="text"/>
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRONICO					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL							C.C.		
NOMBRE DE LA PERSONA (CONTACTO EN LA EMPRESA)					TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		
CARGO					CORREO ELECTRÓNICO				
C. DATOS SOBRE NÓMINA MENSUAL									
Se entiende por nómina mensual de salarios la totalidad de los pagos hechos por concepto de los diferentes elementos integrantes del salario en los términos de la Ley Laboral, cualquiera que sea su denominación y además, los verificados por descansos remunerados de Ley y convencionales o contractuales Art. 17 Ley 21 de 1.982.									
CIUDAD DONDE SE CAUSAN LOS SALARIOS		NUMERO DE TRABAJADORES		TOTAL DE PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR CON DERECHO A SUBSIDIO FAMILIAR MONETARIO			VALOR DE LA ÚLTIMA NÓMINA		PERIODO
							\$		
D. DATOS SOBRE AFILIACIÓN									
¿Solicita afiliación a COFREM por primera vez? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Ha estado afiliado a una Caja de Compensación en el Departamento del Meta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuál?			Fecha en que dejo de pertenecer a esa Caja.		AÑO	MES	DIA
Ciudad, _____ El suscrito: _____ con cédula de ciudadanía No. _____ o en mi nombre propio como persona natural, solicito a LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL META – COFREM, la afiliación de la empresa que represento y si fuere aceptada me comprometo a cumplir y respetar todas las normas de COFREM, así como las disposiciones legales que se refieren al Subsidio Familiar. Acepto de ante mano que la violación por parte de la empresa de cualquiera de estas normas dará derecho a COFREM para ordenar la expulsión de la empresa afiliada. La responsabilidad en cuanto al Subsidio Familiar queda limitada para la Caja desde el momento de la afiliación y pago de los aportes por parte del empleador, hasta que la empresa sea desafiada por cualquier motivo.									
									
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO DE LA EMPRESA (Si aplica)									



FORMATO
“AFILIACIÓN DE EMPLEADORES”

Página **2** de **2**

Versión: **6**

Dependencia Generadora:
División de Aportes

Código: **PD-160-01-F02**

F. Vigencia:
2021-08-19

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

RECOMENDACIONES:

1. Revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación esté completa.
2. El formulario **AFILIACIÓN DE EMPLEADORES**, debe diligenciarse de forma completa y sin enmendaduras.

A. INFORMACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR

- Escriba el Nombre o Razón Social y el Nit o cédula del empleador.
- Marque con una X si es persona natural o jurídica.
- Marque con una X si la empresa hace parte del sector público o privado.
- Si la empresa tiene actividad comercial, registre la fecha de constitución de la empresa así: Para personas jurídicas la fecha en la que aparece registrada ante la Cámara de Comercio como razón social. En el caso de personas naturales corresponde a la fecha en que fue matriculado el establecimiento ante Cámara de Comercio.
- Describa en forma breve y clara el objeto principal del negocio y la actividad que la empresa realiza.

B. DIRECCIÓN Y OTROS DATOS DEL EMPLEADOR

- Escriba la dirección completa, el barrio y la ciudad o municipio, donde se desarrolla la actividad de la empresa.
- Registre el número del teléfono fijo y celular del Empleador.
- Registre la dirección completa, barrio y ciudad o municipio donde desea que COFREM le envíe la correspondencia.
- Registre el correo electrónico claro y verídico.
- En caso de haber estado afiliado a otra Caja de Compensación, registre el nombre.
- Escriba el nombre completo del representante legal y su número de cédula.
- Registre el nombre completo, número de teléfono fijo, celular y cargo de la persona encargada en la empresa del Subsidio Familiar.

C. DATOS SOBRE NÓMINA MENSUAL (Lea cuidadosamente esta parte y registre lo siguiente):

- Ciudad en donde se causan los salarios, es decir aquella ciudad donde el o los trabajador (es) prestan sus servicios.
- Número total de trabajadores que laboran en la empresa, indistintamente si tiene o no personas a cargo.
- Valor total según la nómina del último mes causado.
- Nombre del mes correspondiente a la nómina que se envía.

D. DATOS SOBRE AFILIACIÓN.

- Afiliación por primera vez a COFREM: Marque con una (X), la casilla correspondiente.
- Si ha estado afiliado a una Caja de Compensación, indique cual y señale la fecha en que dejó de pertenecer a esa Caja.
- Firma del representante legal de la empresa y sello.
- Diligenciar la parte correspondiente al compromiso y responsabilidad del representante legal de la empresa, ante la Caja de Compensación, con su nombre y número de documento de identificación.

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXA A ESTA SOLICITUD

A. SI ES PERSONA NATURAL

- Diligenciar formato de Afiliación de Empleadores.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Empleador.
- fotocopia del RUT (Registro Único Tributario) con vigencia no superior a un (1) mes de expedición.
- Nomina y/o relación con el detalle de los trabajadores y sus salarios debidamente firmada por el representante Legal o quien haga sus veces.
- Certificado de paz y salvo, en caso de afiliación anterior a una Caja de Compensación Familiar.

B. SI ES PERSONA JURÍDICA

- Diligenciar formato de Afiliación de Empleadores.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía del representante legal.
- Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a un (1) mes de expedición.
- fotocopia del RUT (Registro Único Tributario), con vigencia no superior a un (1) mes de expedición.
- Si se trata de una entidad sin ánimo de lucro, fotocopia de la personería jurídica.
- Si es una cooperativa, certificado de la Superintendencia de Economía Solidaria.
- Si es propiedad horizontal, el acta de nombramiento del administrador actual.
- Si el empleador es consorcio o unión temporal, documento o acta de acuerdo de la conformación de la entidad.
- Relación con el detalle de los trabajadores y sus salarios.
- Certificado de paz y salvo, en caso de afiliación anterior a una Caja de Compensación Familiar.

PARA USO EXCLUSIVO DE COFREM

FECHA RADICADO			FECHA SISTEMATIZACIÓN			FECHA ACEPTACIÓN			FECHA COMUNICACIÓN			FECHA ARCHIVO		
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA

FIRMA

FIRMA

FIRMA

FIRMA

FIRMA