



AFILIACIÓN EMPLEADOR



Antes de diligenciar, lea cuidadosamente las instrucciones detalladas al respaldo.
favor diligenciar a máquina o en letra clara y legible. Utilice tinta color negro.
Favor no escribir en los espacios sombreados

FECHA DE RECIBO		
AÑO	MES	DÍA

INFORMACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		
NIT O CEDULA	PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/> SECTOR PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/>	FECHA DE CONSTITUCIÓN (Persona jurídica) AÑO MES DÍA
OBJETO PRINCIPAL DEL NEGOCIO		
ACTIVIDAD ECONÓMICA		CIU
ES EMPLEADOR DE PERSONAS DE SERVICIO DOMÉSTICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CIU 9700

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL EMPLEADOR

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO O NEGOCIO	BARRIO	MUNICIPIO
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	FAX
		AA DE
DIRECCIÓN ENVÍO DE CORRESPONDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO
E-MAIL		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		C.C.
NOMBRE CONTACTO ADMINISTRATIVO	CARGO	
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	LUGAR DONDE SE CAUSAN LOS SALARIOS
ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL A LA QUE SE ENCUENTRAN AFILIADOS LOS TRABAJADORES		

OTROS DATOS DEL EMPLEADOR

ÚLTIMA NÓMINA CAUSADA	NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES
MES VALOR	
CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTA O ESTUVO AFILIADO ANTERIORMENTE	
FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR	EL EMPLEADOR QUE SUMINISTRE DATOS FALSOS SERA SANCIONADO DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 45 DE LA LEY DE 1982. EN CASO DE SER ACEPTADOS COMO AFILIADOS NOS COMPROMETEMOS A CUMPLIR Y RESPETAR LA LEGISLACIÓN DEL SUBSIDIO FAMILIAR, AL IGUAL QUE LOS ESTATUTOS Y REGLAMENTOS DE COMFAMILIAR
AUTORIZO USO DE DATOS	GRABADO POR
OBSERVACIONES	



AFILIACIÓN EMPLEADOR

NOMBRE Y NIT	
Recibido por:	Número de Radicado:
Fecha de recibido:	
OBSERVACIONES	

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

GUÍA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD DE AFILIACIÓN EMPLEADOR

Antes de diligenciar este formato, lea cuidadosamente las siguientes instrucciones.

El formato se debe diligenciar a máquina o en letra imprenta mayúscula. Utilice tinta de color negro.

FECHA ELABORACIÓN: Registre el año, mes y día de elaboración de la solicitud.

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 la 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.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA 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, fax y/o apartado aéreo si lo tiene.
- Registre la dirección completa, barrio y ciudad o municipio donde desea que Comfamiliar le envíe la correspondencia.
- Registre el e-mail si lo tiene.
- Escriba el nombre completo del representante legal y su número de cédula.
- Registre el nombre completo, cargo, número de teléfono fijo y celular de un contacto administrativo de la empresa.
- Registre el lugar o ciudad donde se causan los salarios.
- Registre las Entidades de Seguridad Social a la que se encuentran afiliados los trabajadores.

OTROS DATOS DEL EMPLEADOR

- Registre el mes y el valor de la última nómina causada.
- Registre el número total de trabajadores de la empresa.
- En caso de estar o haber estado afiliado a otra Caja de Compensación, registre el nombre.

REGISTRE EN EL ESPACIO DESTINADO PARA FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR, LA FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y EL SELLO DE LA EMPRESA SI LO TIENE. SI NECESITA REALIZAR ALGUNA ACLARACIÓN REFERENTE A LA AFILIACIÓN, UTILICE EL CAMPO OBSERVACIONES.

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR A ESTA SOLICITUD:

SI ES PERSONA NATURAL

- Diligenciar solicitud de afiliación Empleador.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Empleador.
- Si es declarante, fotocopia de RUT. Nómina 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.
- Carta sustentando afiliación de la empresa e indicando desde que mes iniciará el pago de aportes.

SI ES PERSONA NATURAL JURÍDICA

- Diligenciar solicitud de afiliación Empleador.
- Certificado de existencia y representación legal y fotocopia del RUT.
- 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.
- Nómina 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.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal.
- Carta sustentando afiliación de la empresa e indicando desde que mes iniciará el pago de aportes.
- Cuando Ud. es un Consorcio o Unión Temporal anexar carta indicando cual de los consorciados es el responsable de la seguridad social.

NOTA 1: Si su empresa presenta mora en el pago de los Aportes Parafiscales por más de dos meses o inexactitud en los mismos, deberá previamente corregir las inconsistencias o efectuar el pago del valor adecuado; lo anterior con el fin de NO registrar su empresa como MOROSA, efectuar cobros improcedentes y/o reportes a entidades de control (UGPP - Superintendencia de Subsidio Familiar).

NOTA 2: Para la afiliación de sus trabajadores debe diligenciar el formulario de afiliación establecido por Comfamiliar y que se encuentra en la página web corporativa: www.comfamiliarhuila.com

Acorde con lo estipulado en la ley 1581 del 2012 decreto 1377 del 2013 y demás disposiciones relativas a la protección de los datos personales, manifiesto que con relación a mis datos personales (privado o semiprivados) en mi calidad del titular de la información, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Huila "Comfamiliar" para dar tratamiento a mis datos personales para el desarrollo de su objeto social y en especial para la administración de los servicios prestados a través de aportes y subsidio Comfamiliar. Igualmente manifiesto bajo la gravedad de juramento que todos los datos aquí consignados son ciertos e igualmente me obligo a informar cualquier cambio en el mismo dentro de los ocho días siguientes a la ocurrencia. Así mismo informare a Aportes y subsidio cuando no requiera mas de sus servicios.