

**SOLICITUD DE AFILIACION DE EMPLEADOR
A LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**

AÑO	MES	DÍA

No. _____

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA QUE SE AFILIA EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA																			
RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR						TIPO DE IDENTIFICACIÓN			No. DE IDENTIFICACIÓN			FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA EMPRESA							
						NIT.	CC.	CE.	PA.	T.I.	AÑO			MES			DÍA		
SECTOR		PERSONA		ACTIVIDAD ECONÓMICA						Código Actividad									
Privado	<input type="checkbox"/>	ONG	<input type="checkbox"/>	Natural	<input type="checkbox"/>														
Oficial	<input type="checkbox"/>	Mixto	<input type="checkbox"/>	Jurídica	<input type="checkbox"/>														
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		SECTOR		BARRIO			DIRECCIÓN										
				RURAL	URBANO														
TELÉFONO		TELÉFONO 2		FAX		CELULAR EMPRESA			CORREO ELECTRÓNICO EMPRESA										
PÁGINA WEB DE LA EMPRESA:																			
DIRECCIÓN ENVÍO CORRESPONDENCIA																			
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		SECTOR		BARRIO			DIRECCIÓN										
				RURAL	URBANO														
TELÉFONO		TELÉFONO 2		FAX		CELULAR EMPRESA			CORREO ELECTRÓNICO EMPRESA										
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL						TIPO DE IDENTIFICACIÓN			No. DE IDENTIFICACIÓN										
						CC.	CE.	PA.	T.I.										
CORREO ELECTRÓNICO:						CELULAR:													
NOMBRE DE LA PERSONA ENCARGADA DE LA CUOTA MONETARIA						TIPO DE IDENTIFICACIÓN			No. DE IDENTIFICACIÓN										
						CC.	CE.	PA.	T.I.										
CORREO ELECTRÓNICO:						CELULAR:													
NOMBRE DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS						TIPO DE IDENTIFICACIÓN			No. DE IDENTIFICACIÓN										
						CC.	CE.	PA.	T.I.										
CORREO ELECTRÓNICO:						CELULAR:													
LA EMPRESA HA ESTADO AFILIADA A OTRA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?				SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		A CUÁL ?											
A.R.L. A LA CUAL TIENE VINCULADOS A SUS TRABAJADORES						NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES													
VALOR TOTAL ÚLTIMA NÓMINA CAUSADA A LA EMPRESA			¿ESTA EMPRESA ES SUCURSAL?			¿A QUÉ CAJA DE COMPENSACIÓN ESTÁ AFILIADA LA OFICINA PRINCIPAL?			EXPORTADOR?										
AÑO		MES	VALOR DE LA NÓMINA			SI <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>										
			\$																
INFORMACIÓN DE LA OFICINA PRINCIPAL								SECTOR											
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		BARRIO				RURAL	<input type="checkbox"/>										
								URBANO	<input type="checkbox"/>										
DIRECCIÓN		TELÉFONO		CELULAR EMPRESA			CORREO ELECTRÓNICO EMPRESA												
EL EMPLEADOR QUE SUMINISTRE DATOS FALSOS SERÁ SANCIONADO DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 45 LEY 21 DE 1982																			
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO DE LA EMPRESA						OBSERVACIONES													
						CÓDIGO ASESOR			RECIBIDO COMFENALCO										

DOCUMENTOS QUE DEBEN ANEXAR A LA SOLICITUD

PERSONA JURÍDICA

1. Fotocopia del documento de identidad del empleador.
2. Registro mercantil con vigencia no superior a tres meses (expide Cámara de Comercio).
3. Fotocopia del RUT (Registro Único Tributario - expide DIAN).
4. Relación de la última nómina, avalada por el Contador o el Representante Legal.
5. Si se trata de una entidad sin ánimo de lucro, fotocopia de la personería jurídica.
6. Si es propiedad horizontal, acta de nombramiento del Administrador actual.
7. Si estuvo afiliado a otra Caja de Compensación Familiar, certificado de paz y salvo válido para cambio de Caja.

PERSONA NATURAL CON ACTIVIDAD COMERCIAL

1. Fotocopia del documento de identidad del empleador.
2. Registro mercantil con vigencia no superior a tres meses (expide Cámara de Comercio).
3. Fotocopia del RUT (Registro Único Tributario - expide DIAN).
4. Relación de la última nómina firmada por el empleador.
5. Si estuvo afiliado a otra Caja de Compensación Familiar, certificado de paz y salvo válido para cambio de Caja.

PERSONA NATURAL SIN ACTIVIDAD COMERCIAL

1. Fotocopia del documento de identidad del empleador.
2. Relación de la última nómina firmada por el empleador.
3. Si estuvo afiliado a otra Caja de Compensación Familiar, certificado de paz y salvo válido para cambio de Caja.

SEÑOR EMPLEADOR, ES IMPORTANTE QUE TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

Deberá realizar los aportes a la Caja de Compensación dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente de acuerdo a los dos últimos dígitos del NIT ó la cédula (no incluye dígito de verificación) y al número de trabajadores cotizantes, según sea el caso.

Tendrá que inscribir a la Caja de Compensación a todos los trabajadores con vínculo laboral con su empresa, informar todas las novedades laborales de sus trabajadores en forma oportuna y completa como: ingresos, retiros, aumentos salariales, datos generales de la empresa, (Artículo 24, numeral 18, Ley 789 de diciembre de 2002), a través de la planilla integrada de liquidación de aportes, formato de novedades de la Caja o comunicación escrita.

Informar oportunamente a Comfenalco Antioquia, todos los cambios inicialmente aportados en este formulario, lo cual nos permite conservar una comunicación ágil y apropiada con los empleadores afiliados.