



# AFILIACIÓN EMPLEADOR



DF-07-01



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  JURÍDICA  SECTOR PÚBLICO  PRIVADO 

OBJETO PRINCIPAL DEL NEGOCIO \_\_\_\_\_

FECHA DE CONSTITUCIÓN (Persona jurídica)		
AÑO	MES	DÍA

ACTIVIDAD ECONÓMICA \_\_\_\_\_

CIU \_\_\_\_\_

ES EMPLEADOR DE PERSONAS DE SERVICIO DOMÉSTICO SI  NO CIU **9700**

## INFORMACIÓN ESPECIFICA 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 \_\_\_\_\_



NOMBRE Y NIT \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_ Número de Radicado: \_\_\_\_\_

Fecha de recibido: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

**AFILIACIÓN EMPLEADOR**

## 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](http://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.