

# Solicitud de Afiliación Empresas

## Caja de Compensación Familiar

Los datos suministrados en el presente formulario son de uso interno y confidencial



### Datos de la Empresa

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| Razón Social  |   | Sigla   | Sector Agropecuario<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| Tipo de identificación<br>Nit. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>             |   | Número - Dígito de Verificación   | Fecha matrícula ante Cámara de Comercio<br>o inicio de actividad según RUT     |  |
| Dirección   |   |   |  |  |
| Ciudad y/o Municipio  |   | Barrio  |  |  |
| Teléfono principal  |   | Teléfono opcional   | Fax  |  |
| Objeto social o actividad económica a la que se dedica la empresa   |   |   |  |  |
| Administradora de Riesgos Laborales (ARL)   |   |   |  |  |
| Estuvo o está afiliado a una Caja de Compensación Familiar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ |   |   |  |  |
| Correo electrónico (Recuerde que a través de esta dirección estaremos en contacto con usted)                                    |   |   |  |  |
| Valor nómina  |   | Lugar donde se causan los salarios (Dirección)  |  |  |
| Número de empleados<br>(Trabajador por nómina)  |   | Hijos con subsidio<br>(Hijos menores de 18 años donde el trabajador devengue menos de 4 salarios mínimos legales) |  |  |
| Número de trabajadores hombres  | Número de trabajadores mujeres  | Trabajadores con subsidio   | Hijos discapacitados   |  |
| Actividad SENA  | Tipo de empresa<br>Privada <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> | Sector económico  | CIU<br>(Toma de RUT)   |  |

### Datos del Representante Legal

|   |  |                                 |                     |
|---|--|---------------------------------|---------------------|
| Nombre  |  | Cargo                           | Celular             |
| Tipo de identificación<br>C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |  | Documento de identificación No. | Fecha de nacimiento |

### Datos de la Persona Contacto de Recursos Alumnos

|                  |  |   |                                 |
|------------------|--|---|---------------------------------|
| Persona contacto |  | Tipo de identificación<br>C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | Documento de identificación No. |
| Celular          |  | Cargo   |                                 |

Al diligenciar el presente formulario el empleador interesado eh la afiliación a la Caja de Compensación Comfasucre está dando cumplimiento al requisito establecido en el numeral 1 artículo 39 del decreto 841 de 1988.

### Declaración:

En calidad de empleador declaro que la información registrada en este formulario es cierta y tiene por objeto solicitar la afiliación a la Caja de Compensación Comfasucre. En caso de ser aceptados como afiliados nos comprometemos a cumplir y a respetar la legislación del Subsidio Familiar, al igual que los estatutos y reglamentos de Comfasucre.

Cualquier falsedad u omisión voluntaria conlleva a la anulación de esta solicitud.

|                |
|----------------|
| Observaciones: |
|                |
|                |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
|                               |                     |
| Firma del Representante Legal | Sello de la Empresa |

Original: Comfasucre Copia: Cliente



Para efectos de la afiliación a la cual hace referencia el Artículo 57 de la Ley 21 de 1982, modificado por el Artículo 13 de la Ley 2069 de 2020, las solicitudes de afiliación presentadas por los empleadores deberán estar acompañadas por los siguientes documentos:

### **Requisitos Generales**

1. Formulario de Afiliación debidamente diligenciado físico, electrónico o digital
2. Carta solicitud de Afiliación (Autorización – Formato Comfasucre)
  - Relación de trabajadores a laborar en Sucre y salario- opcional el reporte de la ultima PILA
  - Correo electrónico
  - Tratamiento de datos.
3. Certificado de paz y salvo en caso de haber estado afiliado a otra Caja de Compensación Familiar, que incluya fecha de desafiliación y último periodo pagado
4. Documento de identidad del Representante Legal de la empresa
5. Registro Único Tributario completo con vigencia no superior a un (1) mes
6. Para las personas jurídicas. Copia del Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio del domicilio social, con vigencia no superior a un (1) mes.

**Para las personas jurídicas que se relacionan a continuación la copia del Certificado de existencia y representación expedido por la Cámara de Comercio se deberá reemplazar por los siguientes documentos:**

- **Consortio:** Acuerdo del consorcio debidamente firmado.
  - **Entidad sin ánimo de lucro:** Copia de la personería jurídica.
  - **Uniones Temporales:** Acuerdo de unión temporal debidamente firmado.
  - **Municipios y entidades territoriales:** Decreto de creación.
  - **Iglesia Católica:** Representación expedida por la Arquidiócesis de la correspondiente provincia eclesiástica.
  - **Comunidades o iglesias no católicas:** resolución reconociendo la Personería jurídica expedida por el Ministerio del Interior.
  - **Agremiadoras y asociaciones que afilien a la seguridad social de**
- Manera colectiva:** copia de la resolución de autorización expedida por El Ministerio de Salud y Protección Social.

**Para los empleadores de servicio doméstico se puede omitir este requisito.**

### **Cooperativas de Trabajo Asociado**

Además del certificado de existencia y representación se deberá anexar:

- a. Copia de los estatutos en la que conste la facultad de afiliación a Caja de Compensación Familiar.

La solicitud de afiliación de empresas debe ser radicada en la sede administrativa de Comfasucre, ubicada en Calle 28 # 25b - 50 Av Ocala, o en la dirección de correo electrónico: **departamento.aportes@comfasucre.com.co**