



SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE EMPLEADOR

CÓDIGO: FT-AR-01

VERSIÓN: 05

FECHA: 11 de diciembre
de 2024

Nota: Antes de diligenciar este formulario, lea cuidadosamente las instrucciones al respaldo.

TIPO DE PERSONA
NATURAL ☐
JURÍDICA ☐

SOLICITA AFILIACIÓN A COMFIAR POR PRIMERA VEZ

SI ☐ NO ☐

PARTE ①

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO	DV	FECHA DE CONSTITUCIÓN			ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO CIU			
NIT.	☐	C.C.	☐	C.E.	☐						
DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL				BARRIO		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO				
CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL				TELÉFONO		CELULAR					
DIRECCIÓN ENVÍO DE CORRESPONDENCIA				BARRIO		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO				
CORREO ELECTRÓNICO ENVÍO DE CORRESPONDENCIA				TELÉFONO		CELULAR					
TIPO DE EMPLEADOR		☐		☐		☐		☐			
☐		EMPRESA UNIPERSONAL		☐		ENTIDAD OFICIALES		☐			
☐		EMPRESA ASOCIATIVA DE TRABAJO		☐		SOCIEDAD EN COMANDITA		☐			
☐		SOCIEDAD LIMITADA		☐		SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS SAS		☐			
☐		SOCIEDAD ANÓNIMA		☐		SUCURSAL DE SOCIEDAD EXTRANJERA		☐			
☐		SOCIEDAD COLECTIVA		☐		SOCIEDADES DE ECONOMÍA MIXTA		☐			
☐		SOCIEDAD DE HECHO		☐		ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO		☐			
☐		CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL		☐		EMPLEADOR DEL SERVICIO DOMÉSTICO		☐			
☐		OTRO, CUÁL?		☐							
SECTOR		☐	PÚBLICO	☐	PRIVADO	☐	MIXTO	☐	ORGANISMOS MULTILATERALES	☐	OTRO, CUÁL?
CLASE DE APORTANTE		☐	MÁS DE 200 COTIZANTES	☐	MENOS DE 200 COTIZANTES	☐	BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	No. CTO	VALOR	TIEMPO	MUNICIPAL O DPITAL.

PARTE ②

DATOS SOBRE NOMINA 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 demás los verificados por descansos remunerados de Ley y convencionales o contractuales Artículo 17 Ley 21 de 1982.

ZONA DE TRABAJO	ARAUCA	☐	ARAQUITA	☐	SARAVENA	☐	FORTÚL	☐	TAME	☐	PUERTO RONDON	☐	CRAVO NORTE	☐
NÚMERO DE TRABAJADORES	TOTAL TRABAJADORES CON PERSONAS A CARGO		FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES		DÍA	MES	AÑO	VALOR NÓMINA	\$					

PARTE ③

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE	TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NÚMERO		TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR
	NIT.	C.C.	C.E.			

PARTE ④

DATOS DE LA PERSONA CONTACTO EN LA EMPRESA

NOMBRE	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

El suscrito _____ con cédula de ciudadanía número _____ en mi condición de representante legal o en mi nombre propio como persona natural, solicito a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ARAUCA COMFIAR, la afiliación de la empresa que represento y si fuera aceptada me comprometo a cumplir y respetar los estatutos y reglamentos de COMFIAR, así como las disposiciones legales que se refieren al subsidio familiar. Acepto de antemano que la violación por parte de la empresa en cualquiera de estas normas dará derecho a COMFIAR para ordenar la expulsión de la empresa afiliada. La responsabilidad en cuanto al subsidio familiar, queda limitada para la Corporación desde el momento de la afiliación y pago de los aportes por parte del empleador, hasta que la empresa sea desafiliada por cualquier motivo.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo en los términos de la Ley 1581 de 2012 de manera libre, previa y voluntaria a la Caja de Compensación Familiar Comfiar, para el tratamiento de los datos personales suministrados a través de este formulario, como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión, para las finalidades mencionadas en el **MANUAL DE POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN SOBRE DATOS PERSONALES** que me permitan recibir información sobre los Servicios Sociales y Programas de Comfiar.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA NATURAL

AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIONES ELECTRONICAS: ¿Autorizo recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca - Comfiar, toda vez a lo establecido en los artículos 53, 56, y 67 del numeral 1 de la Ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la Ley 527 de 1994, artículo 43 del Decreto 229 de 1995 y el artículo 10° del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo 1° del Decreto 2563 de 1985? SI ☐ NO ☐

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA NATURAL

ESPACIO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

OBSERVACIONES:

SELLO DE RADICADO

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

GUIA PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

Antes de diligenciar el formulario, lea cuidadosamente las siguientes instrucciones

El formato lo puede diligenciar en PC o en letra imprenta en forma completa, sin tachones ni enmendaduras

Natural: Marque una X si es una empresa personal natural

Jurídica: Marque una X si es una empresa persona Jurídica

Si la empresa natural o jurídica se afilia por primera vez marque una X en SI, en caso de que ya tenga trayectoria de vinculación marque una X en NO

PARTE 1. DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Escriba el nombre o razón social completa de la empresa

TIPO DE IDENTIFICACION Si es NIT marque una X en NIT, si es Cédula marque una X en C.C., si es cédula de extranjería marque una X en C.E.

NIT o C.C. Escriba el NIT o número de cédula del empleador incluyendo el dígito de verificación

FECHA DE CONSTITUCIÓN: Indique la fecha de la constitución de la empresa, que la encontrará en la Cámara de Comercio, para el caso de la empresa personal natural si la tiene

ACTIVIDAD ECONOMICA: Describa brevemente la actividad económica de la empresa y el respectivo Código CIIU, información que encontrará en el Registro Único Tributario - RUT

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: Escriba la dirección de ubicación de la empresa

BARRIO: Escriba el barrio de la dirección de ubicación de la empresa

MUNICIPIO: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la empresa

DEPARTAMENTO: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la empresa

CORREO ELECTRÓNICO: Escriba el correo de la empresa donde podamos enviar diferentes comunicaciones o publicidad de interés de la Corporación

TELÉFONO: Escriba número de teléfono de la empresa

CELULAR: Escriba número de celular de la empresa si lo tiene

DIRECCION ENVIO DE CORRESPONDENCIA: En caso de que tenga otra dirección de ubicación para envío de correspondencia, escríbala en este campo

BARRIO: Escriba el barrio de la dirección de ubicación para envío de correspondencia

MUNICIPIO: Escriba el municipio de la dirección de ubicación para envío de correspondencia

DEPARTAMENTO: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la empresa

CORREO ELECTRONICO: Escriba el correo de la empresa donde podamos enviar diferentes comunicaciones o publicidad de interés de la Corporación

CELULAR: Escriba número de celular de la persona con la que se pueda confirmar los datos que se encuentren diligenciados en este formulario

TELÉFONO: Escriba número de teléfono de la persona con la que se pueda confirmar los datos que se encuentren diligenciados en este formulario

TIPO DE EMPLEADOR: Marque con una X para saber que tipo de empresa

SECTOR: Marque con una X el sector al que pertenece la empresa

CLASE DE APORTANTE: Marque con una X la clase de aportante al que pertenece la empresa

INFORMACIÓN DEL CONTRATO: Registre el número del contrato, valor, tiempo en meses y si es municipal o departamental.

PARTE 2. DATOS DE LA NOMINA MENSUAL

ZONA DE TRABAJO: Marque con una X para indicar el municipio donde se encuentran desarrollando las actividades los trabajadores, en caso de que sea en más de un municipio márquelos

NUMERO DE TRABAJADORES: Indicar cuantos trabajadores van a vincular, esta información debe ser la misma que se encuentra en la nómina o relación de trabajadores

TRABAJADORES QUE DEVENGUEN MENOS DE 4 SALARIOS MINIMOS: Indicar el número total de hijos de los trabajadores con esta características

FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES: Escriba la fecha a partir de cuando va a generar nómina la empresa

VALOR NÓMINA: Escriba el valor de la suma de los salarios de los trabajadores, esta información debe ser la misma que se encuentra en la nómina o relación de trabajadores que se adjunta

PARTE 3. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE : Escriba el nombre completo del representante Legal

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Marque con una X el tipo de identificación

NUMERO: Registre el numero de cédula del representante legal

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR: Registre el número de teléfono fijo y/o celular

PARTE 4. DATOS DE LA PERSONA CONTACTO EN LA EMPRESA

NOMBRE: Escriba el nombre completo de la persona con la que se puede tener contacto sobre los pagos de aportes parafiscales y novedades de los trabajadores

TELEFONO FIJO /CELULAR: Registre el número de teléfono fijo y/o celular de la persona con la que se puede tener contacto sobre los pagos de aportes parafiscales y novedades de los trabajadores

CORREO ELECTRÓNICO: Escriba el correo electrónico de la persona para contacto con la empresa

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA AFILIACION

IMPORTANTE: Los documentos que se anexan como soporte deben ser legibles, sin enmendaduras ni tachones y en buen estado

A. PERSONA NATURAL

1. Diligenciar formulario de solicitud de afiliación de empleador
2. Fotocopia de la Cédula del empleador (ampliada al 150%), si es declarante, fotocopia del RUT (Registro Único Tributario)
3. Relación con el detalle de los trabajadores y sus salarios
4. Certificado de paz y salvo, en caso de afiliación anterior a una Caja de Compensación Familiar, del departamento de Arauca

B. PERSONAL JURIDICA

1. Diligenciar formulario de solicitud de afiliación de empleador
2. Fotocopia de la Cédula del representante Legal (ampliada al 150%), si es declarante, fotocopia del RUT (Registro Único Tributario)
3. Certificado de existencia y representación Legal con vigencia no superior a (3) meses y
3. Relación de los trabajadores y sus respectivos salarios
4. Certificado de paz y salvo, en caso de afiliación anterior a una Caja de Compensación Familiar

Nota: Para el caso de la afiliación de empresas contratistas (Unión Temporal y/o Consorcios), deben anexar fotocopia del contrato y RUT,(sin son personas Jurídicas)