



SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE EMPLEADOR

CÓDIGO: FT-AR-01

VERSIÓN: 06

FECHA: 30 de diciembre de 2025

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

TIPO DE PERSONA NATURAL ☐
JURÍDICA ☐

SOLICITA AFILIACIÓN A COMFIAR POR PRIMERA VEZ



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.			DÍA	MES	AÑO		

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	☐ SOCIEDAD DE HECHO
	☐ EMPRESA ASOCIATIVA DE TRABAJO	☐ SOCIEDAD EN COMANDITA	☐ ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO
	☐ SOCIEDAD LIMITADA	☐ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS SAS	☐ CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL
	☐ SOCIEDAD ANÓNIMA	☐ SUCURSAL DE SOCIEDAD EXTRANJERA	☐ EMPLEADOR DEL SERVICIO DOMÉSTICO
	☐ SOCIEDAD COLECTIVA	☐ SOCIEDADES DE ECONOMÍA MIXTA	☐ 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 DPTAL.

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 que integran el 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	ARAUQUITA	SARAVENA	FORTÚL	TAME	PUERTO RONDON	CRAVONORTE
-----------------	--------	-----------	----------	--------	------	---------------	------------

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	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 COMPENSACIÓN 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

A) Autorizo expresamente, de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Arauca – COMFIAR, identificada con NIT 800.219.488-4, entidad que presta diversos servicios tales como subsidios, educación, recreación, deportes, cultura, turismo, créditos, así como servicios de empleo a través de su Agencia de Gestión y Colocación de Empleo y del Fondo de Solidaridad, Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), para que, en desarrollo de sus funciones, proceda a recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos suministrados por mí. En caso de que COMFIAR requiera recolectar o tratar datos sensibles (como información relacionada con salud, datos biométricos, orientación sexual, origen étnico o cualquier otro definido por la ley como sensible), se informa que su suministro es facultativo, no obligatorio, y que dichos datos serán tratados únicamente cuando resulten necesarios para las finalidades legítimas de COMFIAR, garantizando la confidencialidad y seguridad. Para el tratamiento de datos personales de niños, niñas, jóvenes y adolescentes, COMFIAR garantiza el respeto de sus derechos prevalentes. Dicho tratamiento se efectuará únicamente cuando responda a su interés superior y cuente con la autorización expresa del padre, madre o acudiente responsable, conforme a la Ley 1581 de 2012 y normas complementarias. Todo el tratamiento de datos personales se realizará conforme a la Política de Protección de Datos Personales de COMFIAR, disponible en www.comfiar.com.co

SI _____ NO _____

COMFIAR informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones de la Política de Protección de Datos Personales en el enlace www.comfiar.com.co, y elevar cualquier solicitud, consulta, queja o reclamo a través de los siguientes canales

- Línea de servicio al cliente: (607) 885 8000 - Línea gratuita 01-8000-945457
- Correo electrónico: protecciondatospersonales@comfiar.com.co
- Personalmente en cualquiera de las sedes de COMFIAR.

B) AUTORIZO a la Caja de Compensación Familiar de Arauca – COMFIAR a enviarme información relacionada con programas y servicios, actividades institucionales, campañas, promociones o comunicaciones de carácter comercial o publicitario, así como invitaciones, evaluaciones del servicio y estudios de mercado, a través de mis datos de contacto.

De igual manera, autorizo recibir notificaciones electrónicas de carácter administrativo u oficial por parte de COMFIAR, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1437 de 2011, la Ley 527 de 1999 y la Ley 1581 de 2012, reconociendo la validez jurídica de las comunicaciones enviadas mediante correo electrónico u otros medios digitales. SI _____ NO _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA NATURAL

ESPACIO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

OBSERVACIONES:

SELLO DE RADICADO



Vigilado Supersubsidio

