



V:3 - PSU-SCA-FT-04 - 15/06/2016

SOLICITUD DE AFILIACIÓN EMPLEADOR

- ✓ Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente la información al respaldo del formulario.
- ✓ Favor diligenciar el formulario con letra clara y utilizar tinta de color negro

Resolución No.	Fecha de Recibido		
	DD	MM	AAAA

1. DATOS GENERALES EMPLEADOR

Tipo de Identificación	CC	TI	RC	CE	NUIP	P	NIT	CD	Número de Identificación	DV
Razón Social/Apellidos y Nombres										
Dirección Comercial					Barrio			Ciudad		Departamento
Dirección de Notificación					Barrio			Ciudad		Departamento
Teléfono Fijo		Celular			Correo para notificaciones					

2. DATOS ESPECÍFICOS DEL EMPLEADOR

Tipo de Persona	Natural	<input type="checkbox"/>	Jurídica	<input type="checkbox"/>	Tipo de Empresa	Oficial	<input type="checkbox"/>	Privada	<input type="checkbox"/>	Mixta	<input type="checkbox"/>
Actividad Económica									Código Actividad Económica (CIIU)		
Lugar donde laboran los trabajadores en el Departamento del Caquetá						Nombre Establecimiento de Comercio					

3. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Tipo de Identificación	CC	TI	RC	CE	NUIP	P	NIT	CD	Número de Identificación
Apellidos y Nombres									
Teléfono Fijo			Celular				Correo electrónico		

4. DATOS DEL CONTACTO ADMINISTRATIVO

Apellido y Nombres						Cargo				
Teléfono Fijo			Celular				Correo electrónico			
Observaciones										

Declaro bajo la gravedad de juramento, que la información contenida en el formulario corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior cualquier falsedad o inexactitud en que incurra será responsabilidad del empleador y podrá ser sancionado de acuerdo a lo establecido en el artículo 45 de la ley 21 de 1982 y las demás contempladas en la ley.

En calidad de Representante Legal del empleador, solicito a la Caja de Compensación Familiar del Caquetá COMFACA la afiliación y si fuere aceptado me comprometo a cumplir y respetar los estatutos y reglamentos de COMFACA, así como las disposiciones legales que se refieren al Subsidio Familiar, siendo entendido que la violación por parte del empleador de cualquiera de las normas dará derecho a la Caja para ordenar su expulsión.

La responsabilidad en cuanto al Subsidio Familiar queda limitada para la Caja desde el momento de la Afiliación y Pago de los aportes por parte del empleador, hasta que la empresa sea desafiliada por cualquier motivo.

"Con la firma de éste formulario autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Caquetá COMFACA, el envío de información, y la notificación de procedimientos y actos administrativos a mi correo electrónico registrado en este formulario, en el ítem 1. DATOS GENERALES EMPLEADOR. Igualmente me comprometo a informar oportunamente cualquier cambio en mis datos de ubicación y contacto.

Firma y sello del Empleador
O Representante Legal

Firma Recibido Comfaca

Firma Registrado por

IMPORTANTE

Señor empleador, la liquidación y pago de la Seguridad Social y Parafiscal es su responsabilidad, hágalo en un lugar seguro, además verifique los valores con las administradoras y evítese procesos sancionatorios ante la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscal, entidad ante la cual la Caja está obligada a reportar cualquier novedad encontrada en su pago.

REQUISITOS

1. Formulario diligenciado y firmado por el Representante Legal.
2. Copia de cédula Representante Legal, ampliada al 150%.
3. Copia del RUT (Registro único tributario) con actividad económica actualizado.
4. Copia certificado de existencia y representación legal ante la Cámara de Comercio con fecha de expedición no mayor a tres (3) meses o documento equivalente.
5. Copia de la última nómina avalada por el Contador o Representante Legal en la cual conste: Cédula de ciudadanía, nombres y apellidos completos, el cargo, el salario básico mensual o formato establecido por COMFACA para este requisito.
6. Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación a otra Caja.
7. Para las Cooperativas se requieren copia de los estatutos y de la Resolución del Ministerio de Trabajo con la debida autorización.

SEÑOR EMPLEADOR, IMPORTANTE TENER EN CUENTA

1. Es responsabilidad de los empleadores realizar de forma correcta las declaraciones de autoliquidación y pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de los trabajadores a su cargo, por lo cual sugerimos verificar que estén liquidando de forma oportuna los aportes a la Caja, sobre las bases y porcentajes correctos, al igual que la vinculación de los trabajadores a su servicio, una vez se genere la obligación. El incumplimiento, genera sanción según el Artículo 179 de la Ley 1607 de 2012.
2. Ningún empleador PERSONA NATURAL puede afiliar a su cónyuge o compañero permanente como empleado (a) suyo.
3. En los datos generales del empleador, al diligenciar la casilla razón social/ Apellidos y nombres, se debe registrar la razón social de la empresa para personas jurídicas y apellidos y nombres para personas naturales.
4. En datos específicos del empleador, en las casillas Actividad económica y código Actividad Económica se transcribe el registrado en el certificado de cámara de comercio.
5. Puntos de recepción de afiliaciones: Sede principal carrera 11 No. 10-34 barrio la Cooperativa edificio administrativo segundo Piso, de lunes a viernes en el horario de 7.30 am a 12:00 m y de 2:00 pm a 5:00 pm.
6. Otros medios de recepción : a los correos electrónicos afiliaciones_pendientes@comfaca.com y aportes@comfaca.com
7. Para mayor información favor contactarnos al teléfono: 4366300 ext. 166-132-130