



PROCESO MISIONAL	Versión: 2
FORMATO DE ACTUALIZACION DE DATOS EMPLEADORES	Código: PM-SCA-FT-05
	Fecha: Abril - 2017

1. IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR																
TIPO DE IDENTIFICACION								NUMERO DE IDENTIFICACION	DV	SUCURSAL (Uso COMFACA)	NOMBRE DEL EMPLEADOR O RAZON SOCIAL					
CC	TI	RC	CE	NUIP	P	NIT	CD					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIPO DE SECTOR			TIPO DE PERSONA		TIPO DE AFILIADO			ACOGIDO LEY 590/2000	ACOGIDO LEY 1429/2010	LUGAR DONDE CAUSAN LOS SALARIOS						
Oficial	Privado	Mixto	Natural	Jurídica	Empleador	Pensionado	Independiente	SI	NO	SI	NO					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ACTIVIDAD ECONOMICA											Código Actividad Económica (CIIU)					
2. DATOS DE UBICACION DEL EMPLEADOR																
DIRECCION DEL EMPLEADOR (QUE INCLUYA BRR, ED, PI, ETC)										DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				
SECTOR		TELEFONO 1		TELEFONO 2		CORREO ELECTRONICO										
Urbano	Rural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
3. DATOS PARA ENVIO DE CORRESPONDENCIA																
DIRECCION DEL EMPLEADOR (QUE INCLUYA BRR, ED, PI, ETC)										DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				
SECTOR		TELEFONO 1		TELEFONO 2		CORREO ELECTRONICO										
Urbano	Rural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
4. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL																
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		TIPO DE IDENTIFICACION			NUMERO DE IDENTIFICACION					
								CC	CE	PA	TI					
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5. DATOS DEL CONTACTO ADMINISTRATIVO																
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		CARGO								
TELEFONO 1			TELEFONO 2			CORREO ELECTRONICO										
OBSERVACIONES:																
6. CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y PUEDEN SER VERIFICADOS POR COMFACA.																
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL								FECHA RECIBIDO:			FIRMA RECIBIDO COMFACA			FIRMA REGISTRADO POR		
								DIA	MES	AÑO						
NOTA: En cumplimiento al artículo 5° de la Resolución 2082 del 06 octubre de 2016, emanada de la Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales - UGPP. Por medio de la cual requiere a las administradoras, solicitar a los aportantes afiliados actualización de datos de ubicación y contacto por lo menos una vez por año. Adjuntar documentos soportes cuando cambie; Nit, Razon Social y Rep. Legal.																

VERIFICADO SUPERVISORIAS

ELABORADO: Jefe de Aportes y Subsidio	REVISADO: Profesional de Calidad	APROBADO: Jefe de Planeación
--	---	-------------------------------------