



AFILIACIONES

SOLICITUD DE AFILIACIÓN A EMPLEADORES

NIVEL DEPARTAMENTAL

VERSION:5

FECHA: 01/07/2014

PAGINA: 1 de 2

DILIGENCIA EN LETRA IMPRENTA O A MÁQUINA, NO ESCRIBIR EN LAS ZONAS SOMBRADAS
- VER INSTRUCCIONES AL RESPALDO -

No. DE RADICACIÓN

ORIGINAL: PARA TRÁMITE INTERNO DE COMCAJA
COPIA: PARA EL SOLICITANTE

Fecha de Solicitud

DIA	MES	AÑO

Hora:

--	--	--	--	--	--

I. ESPACIO PARA COMCAJA (NIVEL DEPARTAMENTAL)

1. Departamental 2. Código 3. Municipio
4. Dirección Comercial

II. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

5. Es Empresa PIME SI NO
La Empresa se acogió a la Ley 1429 de 2010 SI NO
6. Nombre o Razón Social 7. Nit ó C.C.
8. Dirección Comercial 9. Municipio Zona Rural
Zona Urbana
10. Teléfonos 11. E - mail 12. Fax
13. Nombre del Representante Legal 14. Cédula
15. Persona encargada del Subsidio en la empresa 16. Cargo
17. Jefe de Personal o Talento Humano 18. E- mail

III. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE Y SU ACTIVIDAD ECONÓMICA

19. Tipo de Sector Privado Público
20. Es un Colegio SI NO
21. Tipo de afiliado Empleado Pensionado Empleado Servicio Domestico
Independiente Contratista Colombiano Residente en el Exterior
22. CÓDIGO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA (Consultar cuadernillo de códigos CIU)
Actividad Principal Grupo

IV. EN EL EVENTO DE SER CONTRATISTA LLENAR LOS SIGUIENTES CAMPOS

23. Numero de Contrato 25. Fecha de Inicio de Contrato 26. Fecha de Terminación de Contrato
24. Empresa Contratante

V. INFORMACIÓN SOBRE LOS TRABAJADORES

27. Valor Total de los Salarios * 28. Correspondiente al mes de de
29. Número de trabajadores con personas a cargo que devengan menos de 4 SMMLV
30. Número de trabajadores sin personas a cargo que devengan menos de 4 SMMLV
31. Número de trabajadores que devengan más de 4 SMMLV
32. Número total de trabajadores
33. Información de Beneficiarios del Trabajador
Total de Hijos
Total de Hermanos Huérfanos
Total de Padres
34. ¿Esta o ha estado afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar? SI NO
35. Si su respuesta fue afirmativa indique el nombre

36. OBSERVACIONES:
Compromiso del Empleador: Declaro que la información consignada en este formulario es cierta y en caso de ser aceptada mi solicitud, me comprometo a cumplir con las normas sobre el Subsidio Familiar. Igualmente autorizo a COMCAJA para hacer las averiguaciones que crea necesarias, tendientes a comprobar el estricto cumplimiento de las disposiciones sobre el régimen del Subsidio Familiar.

37. REFERIDO POR:

38. FIRMA DEL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL

En mi calidad de Empleador afiliado autorizo de manera expresa a COMCAJA, para la recolección, almacenamiento, uso y tratamiento de mis datos personales aquí suministrados, así como los que reposen en la base de datos de afiliados en virtud de las funciones que le competen por Ley como Caja de Compensación, en los términos y para los fines contenidos en la "Política para el tratamiento de Datos Personales de" y en las leyes vigentes sobre protección de datos personales.

VI. ESPACIO EXCLUSIVO PARA COMCAJA

39. Fecha de Recepción

DIA	MES	AÑO

 40. Revisado por
41. Fecha de Aprobación

DIA	MES	AÑO

 42. Firma Director Administrativo
43. Fecha de Entrega del Comunicado de Bienvenida

DIA	MES	AÑO

 44. Fecha de ingreso SISU

DIA	MES	AÑO

45. Digitado por

VIGILADO SuperSubsidio

NOTA: SE DEBE REGISTRAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA DE LA EMPRESA EN EL DOCUMENTO Y PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN SOPORTE EXIGIDA, NO SE ACEPTAN SOLICITUDES DE AFILIACIÓN SIN EL LLENO DE LOS ANTERIORES REQUISITOS.