



AFILIACIONES

SOLICITUD DE AFILIACIÓN A EMPLEADORES

MSF-FT-003 VERSIÓN 4

FECHA: 28/12/2022

NIVEL DEPARTAMENTAL

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 <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | |
| La Empresa se acogió a la Ley 1429 de 2010 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | |
| 6. Nombre o Razón Social | | | | 7. Nit ó C.C. | |
| 8. Dirección Comercial | | | | 9. Municipio | |
| | | | | Zona Rural | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Zona Urbana | <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> | Público <input type="checkbox"/> | 21. Tipo de afiliado | Empleador <input type="checkbox"/> | Independiente <input type="checkbox"/> | 22. CODIGO DE ACTIVIDAD ECONOMICA | | |
| 20. Es un Colegio | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Pensionado <input type="checkbox"/> | Contratista <input type="checkbox"/> | Colombiano Residente en el Exterior <input type="checkbox"/> | (Consultar cuadernillo de códigos CIUJ) | Actividad Principal | Grupo |
| | | | Empleador Servicio Domestico <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | | | | | Matricula Mercantil No: | | |

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 | | 33. Información de Beneficiarios del Trabajador | | | | |
| 30. Número de trabajadores sin personas a cargo que devengan menos de 4 SMMLV | | Total de Hijos | | | | |
| 31. Número de trabajadores que devengan más de 4 SMMLV | | Total de Hermanos Huérfanos | | | | |
| 32. Número total de trabajadores | | Total de Padres | | | | |
| 34. ¿Esta o ha estado afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 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

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 | | | | | |

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.

VIGILADO SuperSubsidio



AFILIACIONES

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO SOLICITUD DE AFILIACIÓN A EMPLEADORES

MSF-FT-003 VERSIÓN 4

FECHA: 28/12/2022

NIVEL DEPARTAMENTAL

PAGINA 2 de 2

I. ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR COMCAJA

| | |
|-------------------------------|---|
| 1. Departamental | Nombre de la Departamental en la que va a laborar el Trabajador |
| 2. Código | Código de la Departamental (para diligenciar por parte de la Caja) |
| 3. Municipio | Municipio donde se encuentra ubicada la filial de la empresa |
| 4. Dirección Comercial | Dirección comercial de la filial de la Empresa en la Departamental en que se afilia |

II. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

| | |
|---|---|
| SEÑALE SI O NO | |
| 5. Es una empresa PYME | |
| Esta empresa esta acogida a la Ley 1429 | |
| 6. Nombre o Razón Social de la Empresa. | Escriba el nombre o Razón social de la Empresa |
| 7. Nit o C.C. | Escriba el Nit o el No. De Cedula de Ciudadanía |
| 8. Dirección Comercial | Escriba la dirección de domicilio comercial de la casa Matriz |
| 9. Municipio | Escriba el Municipio donde esta ubicada la casa Matriz, así mismo señale con X si es Rural o Urbano |
| 10. Teléfono | Escriba el numero telefónico |
| 11. E-mail | Escriba la dirección electrónica |
| 12. Fax | Escriba el numero del fax |
| 13. Nombre del Representante Legal | Escriba el nombre del Representante Legal de la Empresa facultado por Doc. de Existencia y Rep. legal. |
| 14. Cedula | Escriba el numero de la Cedula del Representante Legal de la Empresa |
| 15. Persona encargada del Subsidio en la Empresa | Escriba el nombre de la persona en cargada del Subsidio |
| 16. Cargo | Escriba el cargo de la persona encargada del Subsidio |
| 17. Jefe de Personal o Talento Humano | Escriba el nombre del Jefe de Personal o de la persona en cargada de la administración del Talento Humano |
| 18. E-mail | Escriba la Dirección Electrónica de quien administra el Talento Humano |

VIGILADO SuperSubsidio

III. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE Y SU ACTIVIDAD ECONÓMICA

| | |
|---|---|
| 19. Tipo de Sector | Marque con una X si es sector privado o publico |
| 20. Es un Colegio | Marque con una X si es un Colegio o no |
| 21. Tipo de afiliado | Marque con una X si quien se afilia es: Empleador, Independiente, Pensionado, Contratista o empleador de servicio domestico |
| 22. Código de la Actividad Económica | Escriba el código de la actividad principal y el código de grupo |

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

| | |
|--|--|
| 23. Numero de Contrato | Escriba el numero de contrato |
| 24. Empresa Contratante | Escriba el nombre de la Empresa contratante |
| 25. Fecha de inicio del Contrato | Escriba la fecha de inicio del contrato |
| 26. Fecha de terminación del contrato | Escriba la fecha de terminación del contrato |

V. INFORMACIÓN SOBRE LA NOMINA

| | |
|--|--|
| 27. Valor ultima Nomina | Escriba el valor de la SUMATORIA TOTAL DE SALARIOS DE LOS TRABAJADORES A Afiliar |
| 28. Correspondiente al mes de | Escriba a que mes y año corresponde la nomina |
| 29. Numero de trabajadores con personas a cargo que devengan menos de 4 SMMLV | Escriba el numero de trabajadores que se encuentren en esta condición |
| 30. Numero de trabajadores sin personas a cargo que devengan menos de 4 SMMLV | Escriba el numero de trabajadores que se encuentren en esta condición |
| 31. Numero de trabajadores que devengan mas de 4 SMMLV | Escriba el numero de trabajadores que se encuentren en esta condición |
| 32. Numero Total de trabajadores | Escriba el numero total de trabajadores |
| 33. Información de Beneficiarios del Trabajador | Total de Hijos Escriba el numero de hijos por quienes puede recibir subsidio |
| | Total de Hermanos Huérfanos Escriba el numero de hermanos huérfanos |
| | Total Padres Escriba el numero de padres que dependan económicamente del trabajador |
| 34. Esta o ha estado afiliado a alguna Caja de Compensación | Marque con una X Si o No (Si es dentro del mismo departamento al que se va a afiliar) |
| 35. Si su respuesta fue afirmativa indique el nombre | Escriba el nombre de la Caja de Compensación |
| 36. Observaciones | Escriba en el campo si tiene algún observación |
| 37. Referido por | Escriba el nombre de la persona natural o jurídica que lo referencio |
| 38. Firma del Empleador o Representante Legal | En este campo estampe su firma |

VI. ESPACIO EXCLUSIVO PARA COMCAJA

| | |
|--|---|
| 39. Fecha de Recepción | Escriba la fecha de recepción, DIA, Mes y Año |
| 40. Revisado por | Escriba el nombre del empleado que reviso el formulario y los documentos anexos |
| 41. Fecha de aprobación | Escriba la fecha en que fue aprobada la afiliación |
| 42. Firma Director Administrativo | Debe ir la firma del Director Administrativo de COMCAJA |
| 43. Fecha de entrega del comunicado de bienvenida | Escriba la fecha en que se comunico al empleador la bienvenida a la empresa |
| 44. Fecha de ingreso al SISU | Escriba la fecha de ingreso al Sistema SISU |
| 45. Digitado por | Escriba quien dígitó el formulario en el sistema SISU |

ANEXE A LA SOLICITUD DE AFILIACIÓN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

| | |
|---|---|
| A | Persona Jurídica: Documento Prueba de Existencia y Representación Legal, Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía del Representante Legal y Registro Único Tributario (RUT). En caso de ser Persona Natural : bastara con fotocopia del Documento de Identidad y el Registro Único Tributario (RUT) (Si lo tiene o lo ha tramitado) y relación de trabajadores a afiliar con salario básico mensual. |
| B | Certificado de paz y salvo en caso de afiliación anterior a otra Caja de Compensación. El paz y salvo por desafiliación deberá contener una nota que diga " VALIDO PARA AFILIACIÓN A OTRA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR" con la correspondiente firma y sello del Director Administrativo de la Caja de la cual se desafilio |
| C | Relación de trabajadores, detallando identificación, nombres y apellidos de los trabajadores a Afiliar sin excepción (personal Administrativo, de obra, según la calidad de Empresa, secretarías, obreros, auxiliares, etc.), el numero del documento de identidad, salario básico mensual, y fechas de ingreso |

SEÑOR EMPLEADOR CABE RECORDAR QUE LA INEXACTITUD EN LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMATO Y/O OMISIÓN DE REPORTAR LAS NOVEDADES CONSTITUYE CAUSAL DE DESAFILIACIÓN Y DA LUGAR A LA IMPOSICIÓN POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR DE SANCIONES PECUNIARIAS PREVISTAS EN EL ARTICULO 24 NUMERAL 18 LEY 789 DE 2002"

"APRECIADO EMPLEADOR SI USTED NO ES NOTIFICADO DE LA AFILIACION O NO EN UN PLAZO MÁXIMO DE 30 DÍAS HÁBILES COMUNÍQUESE CON LA DEPARTAMENTAL O A NUESTRA LÍNEA GRATUITA NACIONAL DE ATENCIÓN AL CLIENTE: 01 8000 11 22 60"



AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN POR VIA ELECTRÓNICA

Yo, _____ identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ expedida en la ciudad de _____, con domicilio y/o residencia en. _____ obrando (a nombre propio / en mi calidad de Representante Legal de _____ identificada con NIT _____, ACEPTO Y AUTORIZO a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA COMCAJA**, a realizar la notificación electrónica y/o entrega de información solicitada, comunicaciones de cobro, actos administrativos, etc., de acuerdo con lo previsto en los artículos 53 y 56, de la Ley 1437 de 2011.

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES: Habida cuenta de que la dirección suministrada por el interesado se presume propia, el Usuario se obliga a utilizarla directamente y no podrá alegar en ningún caso, desconocimiento de los actos notificados por operaciones en el buzón delegadas en terceros.

Se informa que la omisión de mantener el buzón con la capacidad suficiente y actualizada, no invalidará el trámite de la notificación realizada por medios electrónicos.

Así, declaro haber leído, entendido y aceptado la totalidad de los términos y condiciones contenidos en el presente documento, en prueba de lo cual lo suscribo en la ciudad/municipio de _____ a los ___ días del mes de _____ del año _____.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: _____ **C.C.** _____