



AFILIACIONES

SOLICITUD DE AFILIACIÓN A EMPLEADORES

MSF-FT-003 VERSIÓN 4

FECHA: 28/12/2022

NIVEL DEPARTAMENTAL

PAGINA: 1 de 2

DILIGENCIE 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 Zona Rural
9. Municipio 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. CODIGO DE ACTIVIDAD ECONOMICA (Consultar cuadernillo de códigos CIUJ)
Actividad Principal

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

 Grupo

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

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
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

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.** _____