



FORMULARIO DE AFILIACION DE EMPRESAS

Version: 02

F-SYA-04

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL AMAZONAS

Fecha de aprobacion: 22 de Abril de 2014

SUBSIDIO Y APORTES

Pagina 1 de 1

CIUDAD: _____

Revisado:

Aprobado:

FECHA:

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO, LEA CUIDADOSAMENTE LA GUIA QUE SE DETALLA AL RESPALDO

A. INFORMACION GENERAL DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL

NIT O CEDULA

- EMPLEADOR DEL
SERVICIO DOMESTICO?SI
NO

SECTOR

PUBLICO PRIVADO

FECHA DE CONSTITUCION (Persona Jurídica)

AÑO

MES

DIA

TIPO DE PERSONA

SOCIEDAD ANONIMA SOCIEDAD LIMITADA SOCIEDAD EN COMANDITA SOCIEDAD DE HECHO COOPERATIVA PERSONA NATURAL ECONOMIA
MIXTA OTRO

ESPECIFIQUE CUAL? _____

ACTIVIDAD ECONOMICA

CIU

B. DIRECCION Y OTROS DATOS DEL EMPLEADOR

DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO O COMERCIO

BARRIO

MUNICIPIO

CODIGO

TELEFONO FIJO

CELULAR

FAX

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION ENVIO DE CORRESPONDENCIA

BARRIO

MUNICIPIO

CODIGO

TELEFONO FIJO

CELULAR

FAX

CORREO ELECTRONICO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

CEDULA

FECHA NACIMIENTO

NOMBRE DE LA PERSONA (contacto en la empresa)

TELEFONO FIJO

CELULAR

CARGO

CORREO ELECTRONICO

C. DATOS SOBRE NOMINA MENSUAL

Se entiende por nómina mensual de salarios la totalidad de pagos hechos por conceptos de los diferentes elementos integrantes de salario en los términos de la Ley laboral, cualquiera que sea su denominación y además, los verificados por descansos remunerados de Ley y convencionales o contractuales Art. 17 Ley 21 de 1982.

CIUDAD DONDE SE CAUSAN LOS SALARIOS

NUMERO DE
TRABAJADORES

VALOR DE LA ULTIMA NOMINA

MES AÑO

\$

D. DATOS SOBRE LA AFILIACION

Ha estado afiliado a otra Caja de
Compensación?

S

N

Con beneficio de la Ley 1429 de 2010 ?

S

N

Con beneficio de la Ley 590 de MIPYMES?

S

N

Autorizo a Cafamaz a tratar esta información con la debida confidencialidad, de manera segura, legal, y transparente, en los términos y condiciones señalados en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

El suscrito: _____ con cédula de ciudadanía No. _____ en condición de representante legal o en nombre propio como persona natural y con el fin de dar cumplimiento a los Artículos 7 y 15 de la Ley 21, Ley 789 de 2002 y Artículo 139 del Decreto 0019 de 2012, solicito a la Caja de Compensación Familiar del Amazonas - CAFAMAZ, la afiliación de la empresa que represento y si fuere aceptada me comprometo a cumplir y respetar todas la normas de CAFAMAZ, así como las

disposiciones legales que se refieren al Subsidio Familiar. Acepto de antemano que la violación por parte de la empresa de cualquiera de estas normas dará derecho a CAFAMAZ para ordenar la expulsión de la empresa afiliada. La responsabilidad en cuanto al Subsidio Familiar, queda limitada para la Caja desde el momento de la afiliación y pago de aportes por parte del empleador, hasta que la empresa sea desafiliada por cualquier motivo.

ESPACIO PARA USO
EXCLUSIVO DE
CAFAMAZ

Firma del representante legal y sello de la empresa (si aplica)

GUIA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

RECOMENDACIONES

- 1, Revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación esté completa
2. El formulario debe diligenciarse en original y una copia, en mayúscula, a máquina o letra imprenta en forma completa y sin enmendaduras.

A. INFORMACION GENERAL DE LA EMPRESA

- * Escriba el Nombre o Razón social y el Nit o Cédula del Empleador.
- * Marque con una X si es persona natural o jurídica.
- * Marque con una X si la empresa hace parte del sector público o privado.
- * Si la empresa tiene actividad comercial, registre la fecha de registro ante la Cámara de Comercio.
- * Si la empresa es jurídica marque con una X el tipo correspondiente.
- * Describa en forma breve y clara el objeto principal del negocio y la actividad de la empresa.

B. DIRECCION Y OTROS DATOS DE LA EMPRESA

- * Escriba la dirección completa, el barrio y la ciudad o municipio donde se desarrolla la actividad de la empresa.
- * Registre el número de teléfono fijo, celular, fax y correo electrónico del empleador.
- * Escriba la dirección completa, el barrio y la ciudad o municipio donde se le enviará la correspondencia.
- * Escriba el nombre completo y número de cédula del representante legal de la empresa.
- * Registre el número de teléfono fijo, celular, fax y correo electrónico del contacto en la empresa.

C. DATOS SOBRE LA NOMINA MENSUAL

- * Registre la ciudad donde el o los trabajador (es) prestan sus servicios.
- * Número total de trabajadores que laboran en la empresa, independientemente si tienen o no personas a cargo.
- * Valor total según la nómina del último mes causado.
- * Registre el mes correspondiente a la última nómina.

D. DATOS SOBRE LA AFILIACION

- * Marque con un X si ha estado afiliado a otra Caja de Compensación.
- * Marque con un X si se acoge a los beneficios del artículo 5 de la Ley 1429 de 2010
- * Marque con un X si se acoge a los beneficios de la Ley 590 de MIPYMES.

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR A ESTA SOLICITUD

SI ES PERSONA NATURAL

- * Fotocopia de la cédula de ciudadanía del empleador.
- * Fotocopia de RUT Actualizado (Registro Único Tributario).
- * Registro Mercantil.
- * Relación en detalle de los trabajadores y sus salarios.
- * Certificado de paz y salvo, en caso de afiliación anterior a otra Caja de Compensación

SI ES PERSONA JURIDICA

- * Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a tres meses
- * Fotocopia de RUT actualizado (Registro Único Tributario) y Registro Mercantil.
- * Si es cooperativa, certificado de la Superintendencia de Economía solidaria.
- * Si es consorcio o unión temporal, documento o acta de acuerdo a la conformación de la entidad.
- * Relación en detalle de los trabajadores y sus salarios.
- * Certificado de paz y salvo, en caso de afiliación anterior a otra Caja de Compensación
- * Si tiene los beneficios de la Ley 590, carta de solicitud del beneficio y respuesta por parte de la DIAN.

SI ES EMPLEADOR DE SERVICIO DOMESTICO

- * Fotocopia de la cédula de ciudadanía del empleador.