



**FORMULARIO DE AFILIACIÓN
AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR
EMPLEADOR**



100100000006000

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE
ENCUENTRAN AL RESPALDO DEL ORIGINAL

I. Información básica de la empresa

Identificación			4. Razón Social		
1. T.D.	2. Nit	3. DV			
5. Tipo de Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Otros: _____			6. Sector Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/>		
7. Fecha inicio de operaciones Año _____ Mes _____ Día _____		8. Tipo de Persona Jurídica <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/>		9. Página web _____	
11. Clasificación aportante Pequeño aportante <input type="checkbox"/> Gran aportante <input type="checkbox"/>		12. Forma de pago Único <input type="checkbox"/> Consolidado <input type="checkbox"/> Sucursal <input type="checkbox"/>		13. Tipo de aportante Empleador <input type="checkbox"/> Admon. de Pensiones <input type="checkbox"/>	
14. Dirección Barrio _____ Municipio _____ Departamento _____					
15. Teléfono _____		16. Fax _____		17. Apartado aéreo _____	
19. Envío de correspondencia Via correo electrónico <input type="checkbox"/> Dirección empresa _____ Apartado _____		20. Código _____ Nombre de ARP _____		21. Caja Compensación anterior* _____	
22. Representante legal Tipo _____ Número _____		1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____		1er. Nombre _____ 2do. Nombre _____	
				Correo electrónico _____	
23. Información del personal administrativo					
Cargo	TD	Número	Nombre	Teléfono	Correo electrónico
01					
02					
03					
04					
05					

II. Información adicional de la empresa

24. Fondo de empleados o cooperativa T.D. _____ Nit _____ DV _____		Razón social _____			
25. Gerente fondo de empleados T.D. _____ Número _____		1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____		1er. Nombre _____ 2do. Nombre _____	
				Teléfono _____	
26. Sindicato de trabajadores T.D. _____ Nit _____ DV _____		Razón social _____			Central a la que está afiliado _____
27. Presidente sindicato T.D. _____ Número _____		1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____		1er. Nombre _____ 2do. Nombre _____	
				Teléfono _____	

III. Información para la liquidación del subsidio familiar

28. Modalidad de pago	
28.1. Empresarial <input type="checkbox"/> • En cheque <input type="checkbox"/> • Transferecia electrónica <input type="checkbox"/>	28.2. Individual <input type="checkbox"/> • Tarjeta Verde <input type="checkbox"/> • En cheque <input type="checkbox"/> • Transferecia electrónica <input type="checkbox"/> (Anexar relación de cuentas)
Banco _____	
Cuenta número _____	

IV. Información para pago de aportes

29. Aportes parafiscales 1. Caja <input type="checkbox"/> %		30. Presentación novedades en forma Consolidada <input type="checkbox"/> Por sucursal <input type="checkbox"/>		El Suscrito _____ con C.C. _____ en carácter de representante legal certifico que la información enunciada es correcta y me comprometo a cancelar los aportes dentro de los términos establecidos por la Ley. Así mismo, a cumplir y respetar los estatutos y demás normas de la Corporación ó del Sistema de Subsidio Familiar.
		31. Mes incremento salarial _____		
		32. Valor últimas dos nóminas Mes _____ Valor _____ Mes _____ Valor _____		
				(Firma C.C. y sello Representante Legal de la Empresa)

Primer periodo de aportes
Año _____ Mes _____ Clase empresa _____

Código Actividad Económica

Nombre Actividad Económica

* Ha estado afiliado a alguna Caja de Compensación en el Tolima SI NO
En caso afirmativo anexe paz y salvo (Ver Requisitos al Dorso de la Copia)

Firma y Sello recibido por Mercadeo Corporativo

Firma y Sello recibido por Subsidio y Aportes