



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA COMFENALCO
NIT. 890.700.148-4
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR EMPLEADOR
SE DEBE DILIGENCIAR LA TOTALIDAD DE CAMPOS DEL FORMULARIO
(Al respaldo encuentra una guía de instrucción de diligenciamiento de cada campo)

Código: FO-SUB
Fecha: Julio 2024
Versión: 7
S.G.C.

PERSONA JURÍDICA

PERSONA NATURAL

I. INFORMACIÓN BÁSICA DE LA EMPRESA

(Datos solicitados por disposición de la Superintendencia de Subsidio Familiar)

1. Tipo de documento NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> OTRO _____		2. Número del documento _____ D.V. <input type="checkbox"/>		3. Razón social (como registra en Cámara de Comercio o RUT) _____	
4. Tipo de sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Otros _____			5. Sector Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/>		
6. Fecha de constitución de la empresa Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>		7. Página web _____			
8. Dirección principal (Nomenclatura, barrio, Municipio y Departamento - como registra en Cámara de Comercio o RUT) _____ Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>					
9. Código y nombre actividad económica principal (según RUT) _____				10. Según su actividad principal: ¿Pertenece a sector agropecuario? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
11. Teléfonos _____		12. PBX _____		13. Correo electrónico de la empresa (como registra en Cámara de Comercio o RUT) _____	
14. Dirección sede del Tolima (Nomenclatura, barrio y Municipio) _____ Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>					
15. Representante legal		Tipo Doc. <input type="checkbox"/>	Número _____	Celular _____	
Nombre completo _____			Correo electrónico _____		
16. Encargado de talento humano		Tipo Doc. <input type="checkbox"/>	Número _____	Celular _____	Nombre del cargo _____
Nombre completo _____			Correo electrónico _____		
17. ¿Ha estado afiliado a otra Caja de Compensación Familiar en el Tolima anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____					

Nota: Si estuvo afiliado, a otra Caja de Compensación en el Tolima, debe anexar el paz y salvo correspondiente, válido para afiliación a otra Caja.

II. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

El artículo 2.1.6.2 del Decreto 780 de 2016, sobre el reporte de novedades para trabajadores dependientes, fija como responsable de la vinculación al sistema de afiliación transaccional al empleador, por tanto, la empresa está obligada a reportar la novedad del retiro de sus empleados por medio del operador PILA. De no hacerlo puede ser sometida a cobros por mora en la liquidación de aportes. Si presenta liquidación de la empresa no olvide el certificado de cancelación expedido por la Cámara de Comercio o entidad competente.

III. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINACIÓN DE RECURSOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio y/o como Representante Legal de la Empresa realizo la siguiente declaración de origen y procedencia de los bienes y recursos a COMFENALCO TOLIMA, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo de la Corporación:

- 1) Declaro que todos los activos, ingresos y recursos de la Empresa provienen de actividades legales conforme a la normatividad vigente.
- 2) Afirmo que no tenemos ninguna conexión con lavado de activos ni financiación del terrorismo, y aseguro la transparencia en el origen de los fondos utilizados para nuestros bienes y recursos.
- 3) Garantizo que ningún dinero o activo utilizado en nuestras operaciones proviene de actividades ilícitas según el Código Penal Colombiano o cualquier norma que la modifique.
- 4) Así mismo, comprometo a la empresa a no participar ni permitir actividades delictivas en nuestro establecimiento de comercio.
- 5) Eximo a COMFENALCO TOLIMA, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa ó errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones, por lo cual responderemos en los asuntos penales, civiles que se originen.
- 6) Desde ya exonerado de toda responsabilidad a COMFENALCO TOLIMA si se llegare a presentar en mi nombre o a nombre de la empresa que represento, cualquier asomo de ilegalidad en nuestras actividades y actuaciones.
- 7) No he sido, ni nos encontramos incluidos en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.

IV. INFORMACIÓN PARA PAGO DE APORTES

18. Aportes parafiscales Caja % <input type="text"/>	19. Cantidad de trabajadores (Diligenciar datos completos en el anexo 1) <input type="text"/>
20. Valor total nómina (De acuerdo al total del anexo 1) \$ _____	21. Fecha afiliación de los trabajadores Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
22. Primer período de pago de aportes Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	23. ¿Acogido a la Ley 1429/10? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OTRA LEY _____
24. ¿Su trabajador(a) pertenece a servicio doméstico? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

El suscrito representante legal certifica que, la información enunciada es correcta y se compromete a cancelar los aportes dentro de los términos establecidos por la ley (antes del día 16 hábil de cada mes), al igual que cumplir los estatutos y demás normas de la corporación o del sistema de subsidio familiar.

Firma Representante legal (con sello de la empresa en caso de tenerlo)

CC _____

Nota:

La firma en los documentos debe ser la misma que se visualiza en la copia de la cédula del representante legal, de no ser así, se hace necesario confirmar, en la copia del documento, el cambio de ésta y registrar la nueva.

Instrucciones para diligenciar el formulario de Afiliación al Regimen de Subsidio Familiar - Empleador



Diligencie el formulario en letra legible, sin tachones o enmendaduras.

I. INFORMACION BÁSICA DE LA EMPRESA

1. T.D: Indique el tipo de documento con el que se identifica la empresa.

- NI:** Número de Identificación Tributaria.
- CC:** Cédula de Ciudadanía.
- CE:** Cédula de Extranjería.
- PA:** Pasaporte.

2. Número de documento: Escriba el número completo del documento de identificación tributaria seguido del dígito de verificación (DV) asignado en la identificación tributaria.

3. Razón social: Escriba el nombre de la empresa como registra en Cámara de Comercio y/o RUT.

4. Tipo de sociedad: Marque con una (X) la casilla correspondiente. Escriba en otros, el tipo de sociedad al que pertenece.

5. Sector: Marque con una (X) el sector al cual pertenece la empresa.

6. Fecha de constitución de la empresa: Escriba la fecha en la cual inició operaciones la empresa en el siguiente orden: Año, Mes y Día.

7. Página Web: Escriba el nombre de la página en internet.

8. Dirección principal: Escriba la dirección con nomenclatura, barrio, municipio y departamento donde se encuentra ubicada la empresa tal y como registra en Cámara de Comercio y/o RUT, y marque con una (X) si es zona rural o urbana.

9. Código y nombre actividad económica principal: Escriba, en el primer cuadro, el código seguido del nombre de la actividad económica en la que se encuentra en la empresa, tal y como aparece en el RUT.

10. ¿Pertenece al sector agropecuario?: Según su actividad económica, marque con una (X) si pertenece al sector agropecuario.

11. Teléfono: Escriba el número o números de teléfono de la empresa.

12. PBX: Escriba la extensión del teléfono de la empresa.

13. Correo electrónico: Escriba la dirección del correo electrónico de la Empresa tal y como registra en Cámara de Comercio y/o RUT.

14. Dirección sede del Tolima: Escriba la ubicación para envío de correspondencia y visitas en el Tolima con nomenclatura, barrio y municipio. Marque con una (X) si dicha ubicación se encuentra en zona rural o urbana.

15. Representante Legal: Escriba la información del Representante Legal así:

T.D: Escriba el tipo de documento del Representante legal.

C.C.: Cédula de Ciudadanía.

C.E.: Cédula de Extranjería.

PA: Pasaporte.

T.I.: Tarjeta de Identidad.

Número: Escriba el número completo del documento de identidad.

Nombre completo: Apellidos y Nombres completos como figuran en el documento de identidad.

Correo electrónico: Escriba la dirección de correo.

Celular: Escriba el número de contacto.

16. Representante de talento humano: Escriba la información del encargado del talento humano así:

T.D: Escriba el tipo de documento del encargado del talento humano en la empresa.

C.C.: Cédula de Ciudadanía.

C.E.: Cédula de Extranjería.

PA: Pasaporte.

T.I.: Tarjeta de Identidad.

Número: Escriba el número completo del documento de identidad.

Nombre completo: Apellidos y Nombres completos como figuran en el documento de identidad.

Nombre del cargo: Escriba el nombre del cargo.

Correo electrónico: Escriba la dirección de correo de talento humano.

Celular: Escriba el número de contacto.

17. ¿ha estado afiliado a otra Caja de Compensación familiar en el Tolima anteriormente?: Marque con una (X) la respuesta a la pregunta anterior. En caso de ser "SI", especificar ¿cuál?.

18. Aportes parafiscales: Relacione el porcentaje de aportes a realizar por cada una de las instituciones.

19. Cantidad de trabajadores: Escriba la cantidad de trabajadores relacionados en el anexo 1 (solicitud de afiliación y relación de trabajadores).

20. Valor total nómina: Escriba el valor total de la nómina relacionada en el anexo 1 expresado en pesos colombianos.

21. Fecha afiliación trabajadores: Diligencie el mes y año a partir del cual se afiliarán los trabajadores

22. Primer periodo de aportes: Diligencie el mes y año a partir del cual iniciará el pago de aportes.

23. ¿Acogido a ley 1429 del 2010?: Marque con una (X) la respuesta a la pregunta anterior. En caso de ser "NO", completar el espacio "OTRA LEY".

24. ¿Su trabajador(a) pertenece a servicio doméstico?: Marque con una (X) la respuesta a la pregunta anterior.

ANEXO 1
SOLICITUD DE AFILIACIÓN Y RELACIÓN DE TRABAJADORES

Ciudad y Fecha _____

Señores

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR - COMFENALCO TOLIMA

Departamento de Aportes y Subsidio

afiliacionempresasnuevas@comfenalco.com.co

Ibagué, Tolima

Asunto: Solicitud de afiliación y relación de trabajadores.

Reciban un cordial saludo,

En mi calidad de representante legal de la empresa _____
identificada con NIT _____ - _____ solicito la afiliación ante Comfenalco Tolima como empleador, de acuerdo con la información que detallamos en el formato de formulario de afiliación de la Caja, teniendo en cuenta que no nos encontramos afiliados a ninguna otra Caja de Compensación en el Tolima.

De igual forma, a continuación detallamos la planta de personal que vincularemos en calidad de trabajadores dependientes ante su Corporación:

No.	NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR(A)	Tipo Doc	Número Documento	Salario
1				\$
2				\$
3				\$
4				\$
5				\$
6				\$
7				\$
8				\$
9				\$
10				\$
TOTAL VALOR NÓMINA (Registrar en el formulario de afiliación casilla # 20)				\$

* El trabajador o trabajadora antes relacionado (a) ¿pertenece al SERVICIO DOMÉSTICO? SI ____ NO ____

*En caso de tener más de 10 trabajadores, ¿adjunta relación detallada de los trabajadores adicionales ? SI ____ NO ____

Cordialmente,

Firma representante legal

Nombre _____

Cédula _____

IMPORTANTE:

Observación de Comfenalco Tolima

Señor empleador, recuerde legalizar la afiliación de los trabajadores relacionados en este formato y/o futuros colaboradores teniendo en cuenta las opciones de afiliación que recibirá en la carta de bienvenida, una vez su empresa este activa. Lo anterior como quiera que este detallado no es válido para la afiliación de colaboradores.

FORMATOS Y REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE EMPRESAS NUEVAS



Documentos para diligenciar

- 1) Formulario de afiliación al régimen de subsidio familiar empleador. (agradecemos diligenciar todos los campos).
- 2) Formato de solicitud de afiliación y relación de trabajadores firmado por el representante legal (favor detallar: nombre, número de cédula y salario).

Soportes a anexar

- 1) Cámara de comercio no mayor a 60 días de expedición (certificado de existencia y representación legal) ó acta consorcial.
- 2) Copia del RUT actualizado.
- 3) Anexo 1 solicitud de afiliación y relación de trabajadores.
- 4) Paz y salvo expedido por la última Caja de Compensación (en caso de haber estado afiliado a otra Caja del Departamento del Tolima).
- 5) Fotocopia de la cédula del representante legal (Si la firma actual es diferente a la que se visualiza en la fotocopia por favor plasmarla a un lado de la copia como se muestra a continuación).

NOTA: Ejemplo de confirmación de firma, cuando la firma actual del representante legal sea diferente a la que se visualiza en la copia de cédula



CONFIRMACIÓN FIRMA ACTUAL

IMPORTANTE:

* Si usted desea realizar el pago de sus aportes, puede hacerlo a través de nuestro aliado el operador ASOPAGOS, registrándose en la página www.asopagos.com ó comunicándose a los números de contacto 317 457 4071.

* Una vez activa, le enviaremos al correo de la empresa registrado en el formulario de afiliación, la carta de bienvenida con información complementaria, entre ellas las diferentes opciones para la legalización de afiliación de sus trabajadores.

* El Departamento de Mercadeo Corporativo, los estará contactando para agendar una visita comercial que permita socializarles los beneficios y servicios sociales que tienen sus trabajadores afiliados. Mayores informes 608 267 0088 ext 106.

*En caso de que alguno de sus datos de contacto cambie, lo invitamos a actualizar su información, tal como: cambio de representante legal, domicilio, correos o teléfonos de contacto; al correo electrónico actualizacionempresas@comfenalco.com.co de manera anual la Caja solicitará la actualización de sus datos de contacto que nos permita una comunicación asertiva entre las dos partes.

Comfenalco Tolima- Comprometidos en mejorar la calidad de vida de nuestros afiliados a través de servicios altamente subsidiados y de calidad