

Parte A DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre o Razón Social (Como Figura en el R.U.T.)		NIT <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	D.V. <input type="checkbox"/>
Sigla o Nombre Comercial		Código Actividad Económica (CIU)				
Nombre del Representante Legal		CC <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	PASP <input type="checkbox"/>	
Dirección donde desarrolla la actividad en el Dpto. del Cauca		Municipio	Teléfono y/o Celular	E-mail		
Otra opción para envío de correspondencia		Departamento	Ciudad o Municipio			
Jefe de Recursos Humanos o Representante Local		Teléfono y/o celular		E-mail		
Persona Contacto o Quien Tramita Pago de Aportes		Teléfono y/o celular				

CLASE DE EMPLEADOR

PÚBLICO	PRIVADO	CONTRATISTA
<input type="checkbox"/> Entidades Territoriales	<input type="checkbox"/> Persona Natural	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> Economía Mixta	<input type="checkbox"/> S.A.S.	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Empresas Oficiales de Servicios Públicos	<input type="checkbox"/> Sociedad Comercial	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Empresa Unipersonal	
	<input type="checkbox"/> Servicio Doméstico	
	<input type="checkbox"/> Fundación	
	<input type="checkbox"/> Cooperativa	
	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
	<input type="checkbox"/> S.A.	
	<input type="checkbox"/> Consorcio	
	<input type="checkbox"/> Asociación	

TAMAÑO DE LA EMPRESA

Microempresa Pequeña Mediana Grande

PARTE B DATOS SOBRE AFILIACIÓN

No. Trabajadores en el Departamento. del Cauca _____
 Solicita Afiliación a Comfacauca por Primera Vez ?
 SI NO

Ciudad o Municipio del Cauca donde se desarrolla la actividad: _____

Empresa acogida a la Ley: 590 del 2000 Otra Ley (Cual?) _____

Solicitud Asignación de Clave Página Web

Información Persona Responsable de la Clave:

Nombres y Apellidos _____ E-mail: _____

Tipo y No. de Identificación _____ Cargo: _____

USO EXCLUSIVO DE COMFACAUCA	VALOR ÚLTIMA NÓMINA DEPARTAMENTO DEL CAUCA (Total Devengado o IBC)	NÓMINA CORRESPONDIENTE A:	FECHA DE AFILIACIÓN Y PAGO DE APORTES		
		AÑO MES	AÑO	MES	DÍA

PARTE C DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

El suscrito _____ CC C.E. T.I. No. _____ de _____

En nombre propio como persona natural o en mi carácter de representante legal de _____, solicito a la Caja de Compensación Familiar del Cauca - COMFACAUCA, la afiliación de la empresa que represento y si fuere aceptada me comprometo a cumplir y respetar todas las normas de COMFACAUCA, así como las disposiciones legales que se refieren al Subsido Familiar. Acepto de antemano que la violación por parte de la empresa de cualquiera de estas normas dará derecho a COMFACAUCA 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 los aportes por parte del empleador, hasta que la empresa sea desafiliada por cualquier motivo.

DECLARACIÓN: Conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de compensación familiar del Cauca, COMFACAUCA, para el tratamiento y manejo de los datos consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponden y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de compensación familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionado. Declaro que he sido informado de los derechos que asisten como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS: Yo el abajo firmante, declaro la ocupación económica de la empresa y origen de los ingresos que presento en este documento proceden de actividades lícitas y los ejerzo dentro de los marcos legales.

Declaro que en cumplimiento a lo 1:1048576 en la Resolución 2082 de 2016, cada año antes del 31 Octubre debo actualizar la información de contacto de la empresa a la cual represento.

Firma del Representante Legal y Sello del Empleador

PARTE D REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE INSCRIPCIÓN

<p>1. Formulario de solicitud de afiliación de empleador en original</p> <p>2. Sobre Constitución:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Fotocopia del documento de identificación, cuando se trate de Persona Natural o Representante Legal * Fotocopia del R.U.T * Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la autoridad competente * Certificado de Paz y Salvo en el Caso de Afiliación anterior a otra Caja de Compensación. <p>3. Sobre Nómina:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Fotocopia de la última nómina o relación de trabajadores con sus respectivos nombres, documento de identificación, fecha de ingreso salario y/o Reporte de pago seguridad social PILA. <p>OBSERVACIONES</p>	<p>SELLO RADICADOR COMFACAUCA</p>
--	--

RADICACIÓN COMFACAUCA

RECIBE	AUTORIZA	DIGITA	DIGITALIZA
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
FECHA: _____	FECHA: _____	FECHA: _____	FECHA: _____

INFORMES: COMFACAUCA POPAYÁN : Calle 2N No.6A-54 Barrio Modelo, PBX: (0928) 231868 Ext: 120-221 FAX: 8203961 Correo Electronico: subsidioaportes@comfacauca.com

SANTANDER DE QUILICHAO: Calle 5 No. 9-50 Tel. (092) 8292183 // **PUERTO TEJADA:** Cra. 20 No. 16 - 25 Brr El Centro Tel. (092) 8282189 - 8282430

EL BORDO: Cra 7 No. 4-33 Tel. (092) 8262111 // **GUAPI:** Calle 6 Vía Principal Cel. 3104681793 // **MIRANDA:** Calle 7 13B No. 51-73 Tel. (092) 8476330

RECOMENDACIONES

1. Lea cuidadosamente el formulario antes de diligenciarlo
2. Diligencie el formulario en original y copia con la información correspondiente a máquina o en letra imprenta, sin enmendaduras y con tinta negra.
3. Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación esta completa, de lo contrario no sera recibido.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

PARTE A - DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social (como figura en el R.U.T.): Escriba la razón social (nombre) como figura en el RUT o el nombre de la persona natural como figura en la cédula de ciudadanía, cédula de extranjería o tarjeta de identidad.

NIT- Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería- Tarjeta de Identidad: Registre el NIT asignado por la DIAN o Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería o Tarjeta de Identidad cuando se trate de persona natural, con su respectivo dígito de verificación.

Sigla o Nombre Comercial: Escriba el nombre comercial registrado en Cámara de Comercio. En el caso de que no exista se debe dejar este espacio en blanco.

Código Actividad Económica asignada en el RUT: Registre el código de la actividad económica asignada en el R.U.T.

Nombre del Representante Legal: Escriba el nombre completo el representante legal, tipo de documento y numero de identificación.

Dirección donde desarrolla la actividad en el departamento del Cauca: Registre dirección en el Departamento del Cauca en el caso de que la dirección principal tenga un departamento distinto; igualmente diligencie los campos de teléfono y/o Celular, Email.

Otra opción para envío de Correspondencia: Registre la dirección alterna como posibilidad adicional para Comfacauca en el caso que la dirección principal tenga un cambio: departamento, ciudad o municipio, E-mail.

Nombre Jefe Recursos Humanos: Escriba nombres y apellidos de la persona Jefe de Recursos Humanos, así mismo datos de ubicación como teléfono y dirección E-mail.

Persona Contacto o quien tramita pago de aportes: Escriba nombres y apellidos de la persona contacto de la empresa encargada de tramitar los pagos de aportes parafiscales, así mismo datos de ubicación como teléfono y dirección E-mail.

CLASE DE EMPLEADOR: Marque con una X en la casilla que corresponda

Contratista Obra Civil: Marque con una X en la casilla que corresponda.

TAMAÑO DE LA EMPRESA: Marque con una X en la casilla que corresponda.

Microempresa: 1. Planta de personal no superior a 10 trabajadores.
2. Activos Totales por valor inferior a 501 SMMLV

Pequeña: 1. Planta de personal entre 11 y 50 trabajadores.
2. Activos totales por valor entre 501 y 5000 SMMLV.

Mediana: 1. Planta de personal entre 51 y 200 trabajadores
2. Activos Totales por valor entre 5001 y 15000 SMMLV.

Grande: 1. Planta de personal con mas de 200 trabajadores.
2. Activos totales superiores a 15000 SMMLV.

PARTE B - DATOS SOBRE AFILIACIÓN

No. TRABAJADORES EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA: Registre el número de trabajadores con los que cuenta la empresa en el Departamento del Cauca.

¿SOLICITA AFILIACIÓN A COMFACAUCA POR PRIMERA VEZ?: Marque con una X en la casilla que corresponda.

CIUDAD O MUNICIPIO DEL CAUCA DONDE SE CAUSAN LOS SALARIOS: Registre la ciudad o municipio donde causan los salarios y donde desarrollan las labores los trabajadores en el Departamento del Cauca.

EMPRESA ACOGIDA A LA LEY: Registrar si la empresa se encuentra acogida a alguna ley que afecte el pago de aportes a la caja de Compensación Familiar como lo es la ley 590 de 2000 u otras.

SOLICITUD ASIGNACIÓN DE CLAVE PAGINA WEB: Es una herramienta útil para la disponibilidad de información de su entidad contenida en la Pagina Web de nuestra Caja de Compensación, con el fin de suministrar datos de sus trabajadores afiliados y demás opciones que permitan un acercamiento en línea de nuestra Caja con su empresa. Por lo tanto indique en este espacio Nombres y apellidos del funcionario responsable de administrar la Clave así como datos de No. de identificación, Cargo y Dirección de E-mail.

NOTA: La asignación de Usuario y contraseña para la utilización del servicio de la página Web de nuestra Caja de Compensación, será remitida vía correo electrónico al funcionario autorizado de su entidad para el manejo de la información; por lo tanto la administración de la clave será su responsabilidad y se aconseja el cambio de la misma.

USO EXCLUSIVO DE COMFACAUCA: Este espacio es exclusivo para diligenciamiento de la Caja de Compensación.

PARTE C - DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

Certificación de la información suministrada en el formulario de Solicitud de Afiliación de Empresa por parte del Representante Legal, con su respectiva firma y sello del Empleador.

PARTE D - REQUISITOS PARA EL TRAMITEN DE INSCRIPCIÓN

Documentos que se deben adjuntar al formulario de solicitud de afiliación del empleador exigidos para este tramite.

OBSERVACIONES: Información adicional que desee registrar. Diligenciamiento exclusivo de COMFACAUCA.

FACTORES BASE PARA LIQUIDAR APORTES DEL 4%, CON DESTINO AL RÉGIMEN DEL SUBSIDIO FAMILIAR - LOS PAGOS SE DEBEN TRAMITAR POR INTERMEDIO DE LA PLANILLA INTEGRAL DE APORTES -PILA-

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

SECTOR PRIVADO

- > Salario Básico
- > Horas extras - Dominicales y festivos
- > Recargo Nocturno
- > Vacaciones en todos sus denominaciones
- > Viáticos por manutención y alojamiento
- > Sobresueldos
- > Bonificaciones habituales
- > Comisión sobre Ventas
- > Salario Integral (70%)
- > Primas Extralegales
- > Todos los pagos que se consideren salario
- > Primas habituales
- > Comisiones o participaciones de utilidades
- > Salario en Especie
- > Código sustantivo de Trabajo (Art. 127)

SECTOR PÚBLICO

- > Asignación básica mensual - Sueldo
- > Horas extras - Dominicales y festivos
- > Recargo Nocturno
- > Vacaciones y Prima de Vacaciones en todos sus conceptos
- > Viáticos percibidos por los funcionarios en Comisión
- > Prima técnica, Prima de antigüedad, prima de alimentación
- > Bonificaciones habituales, bonificaciones por servicios prestados
- > Gastos de Representación
- > Prima de Servicios
- > Todos los pagos que se consideren factor de salarios
- > Otras Primas legales y extralegales que se consideran salarial
- > Decreto 3135/68, 1848/69, 1042/78 y 1045/78

IMPORTANTE

* La Caja garantiza la confidencialidad, acceso y circulación restringida de sus datos, conforme a lo establecido en la ley 1581 de 2012

NOVEDADES DE TRABAJADORES, QUE DEBE REPORTAR EL EMPLEADOR POR INTERMEDIO DE LA PLANILLA INTEGRAL DE APORTES - PILA

- | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| 1. Ingreso | 4. Variación transitoria de salarios | 7. Licencia de maternidad |
| 2. Retiro | 5. Suspensión temporal del contrato de trabajo | 8. Vacaciones |
| 3. Variación temporal de salarios | 6. Incapacidad temporal enfermedad | 9. Incapacidad accidente de trabajo |

* El empleador que omita las novedades de personal se hace responsable ante comfacauca por el valor de subsidio que se cancele sin corresponder