

	<b>AFILIACION EMPLEADOR</b>	<b>Codigo:</b> GM-Vt-Fo-6
	<b>PROCESO:</b> Gestión Comercial y Mercadeo / Ventas	<b>Fecha:</b> 20/05/2024
		<b>Versión:</b> 5
Art. 7° - LEY 21 DE 1982: "Tienen obligación legal de afiliar a sus trabajadores a una Caja de Compensación Familiar, todos los empleadores que ocupen uno o más trabajadores permanentes.		

**SOLICITUD**

En mi calidad de Representante Legal del empleador, o en mi carácter propio como persona natural, manifestamos que el presente documento tiene por objeto solicitar la Afiliación a COMFANORTE y en caso de ser aceptada nos comprometemos a cumplir y respetar todas las normas y estatutos de LA CORPORACIÓN.

**Datos Empresa:**

Nit:	Razón Social:		
Razón Comercial:		Registro Cámara Comercio:	
Código actividad económica:			
Fecha inicio actividades de la empresa:			
Dirección:			Barrio:
Celular 1:	Celular 2:	Teléfono Fijo 1:	Teléfono Fijo 2:
Correo Electrónico:			
Departamento:		Municipio:	

Tiene sucursales en N. de S.	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Dirección Sucursal:		Barrio:
Correo Electrónico:		
Municipio:	Celular:	Teléfono Fijo:

**Datos Representante Legal**

Cédula Ciudadanía:	Fecha expedición:	DD	MM	AA	Lugar expedición:
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Correo Electrónico:					
Es beneficiario de alguna ley SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Cual? _____					

**Datos Jefe Talento Humano o Administrador:**

Cédula Ciudadanía:	Fecha expedición:	DD	MM	AA	Expedida en:
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Celular:	Correo Electrónico:				
Pagina web:					

**CLASE DE EMPRESA**

Empresa Privada:    
 Mixta    
 Oficial    
 Servicio Doméstico    
 Persona Natural

Otra:  Cuál? \_\_\_\_\_

**DATOS NOMINA MENSUAL (Diligenciar la nómina y número de trabajadores solo en Norte de Santander)**

Valor Nómina Mensual:	N° de Trabajadores:
-----------------------	---------------------

**DATOS AFILIACIÓN**

Ha estado afiliado a otra Caja de Compensación Familiar en el N. de S.? SI  NO  Cuál? \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS QUE DEBEN ANEXAR A ESTE FORMULARIO:**

(Art. 57 Ley 21/82. Mod. Art. 39 Decreto 341/88.

1. Prueba de la existencia y representación legal tratándose de **personas jurídicas**, es decir el Certificado de la Cámara de Comercio. Vigencia de expedición **no mayor a 90 días**. No es válido el certificado de matrícula mercantil.
  - En el caso de las **personas naturales** basta con la presentación de la cédula de ciudadanía.
  - Si se trata de una entidad sin ánimo de lucro, fotocopia de la personería jurídica.
  - Si es propiedad horizontal, acta de nombramiento del administrador actual.
  - Si es un consorcio o unión temporal, documento o acta de conformación del mismo.
  - Si es una cooperativa, asociación o gremiación, copia de la resolución emanada por el Ministerio de Protección Social, mediante la cual fueron aprobados los regímenes de compensaciones y de trabajo asociados, o donde se autoriza para su operación.
  - Si es una asociación, personería, hogar infantil, o régimen especial, entre otros, se debe anexar el acta de posesión.
  - Si es municipio o entidad territorial: Decreto de creación y acta de posesión.
2. Fotocopia del **RUT** con todos sus **anexos** y vigencia de expedición del año en que realiza el trámite.
3. Fotocopia de la cédula del Representante Legal.
4. Formulario del empleador debidamente diligenciado y **firmado** por el Representante Legal de la empresa, en la parte de: **datos nómina mensual**, por favor diligenciar la nómina y número de trabajadores **solo en Norte de Santander**. (Se solicita diligenciar el formulario de manera **legible y completa**, así como también de suma importancia el correo electrónico)
5. Formulario de Afiliación y Novedades de Trabajadores de acuerdo a la versión vigente, en el cual deberá registrar la información de **UN (1)** solo Trabajador, diligenciando únicamente las casillas:  
Casilla 2: DATOS DEL EMPLEADOR  
Casilla 3: TIPO DE TRABAJADOR (**Sin** beneficiarios, cónyuge, hijos, etc.)  
Casilla 4: DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR  
Casilla 7: EMPLEADOR SOLICITANTE: Marcar la opción si Autorizo, luego diligenciar los espacios Firma y sello del Empleador y Firma y No. De Cédula del Trabajador.
6. Fotocopia de la cédula del trabajador, la cual debe corresponder al trabajador relacionado en el formulario de Afiliación y Novedades de Trabajadores. (Legible)
7. Formato de vinculación de empresas, completamente diligenciado de acuerdo al tipo de empresa:  
CASILLA 1: si es persona natural.  
CASILLA 2: si es persona jurídica.  
CASILLA 3: Información financiera. (persona natural o jurídica deben diligenciar sin excepción.)  
CASILLA 4: Identificación de pep's y operaciones internacionales. (persona natural o jurídica deben diligenciar sin excepción.)  
CASILLA 5: Declaro expresamente que (persona natural o jurídica deben diligenciar sin excepción.)  
CASILLA 6: Verificación de la información por parte del oficial de cumplimiento, se debe dejar en blanco, espacio reservado para Comfanorte.  
Por favor tener en cuenta los documentos que se enuncian en la parte inferior del formato:
  - **Declaración de renta de la empresa.**
  - **Estados Financieros comparativos.**
8. Relación de trabajadores con sus nombres completos, número de cédula y salarios. **SOLO APLICA** cuando son dos (2) o más empleados en la empresa.
9. Certificado de paz y salvo **en caso de** haber estado afiliado a otra caja de compensación familiar en Norte de Santander.

Es importante indicar que los documentos de la empresa **deben ser enviados** al correo: [afiliacionempresas@comfanorte.com.co](mailto:afiliacionempresas@comfanorte.com.co) - 3160107114

**DECLARO:** Que la anterior INFORMACIÓN es cierta y corresponde a datos tomados de nuestros registros.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Representante Legal

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR EL NORTE DE SANTANDER - COMFANORTE a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en [www.comfanorte.com.co/](http://www.comfanorte.com.co/) y/o en AVENIDA 1 CALLE 9 No. 0-95, que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

**TRAZABILIDAD**

FECHA/ FIRMA RADICADO

DD	MM	AAA
----	----	-----

FECHA APROBACION

DD	MM	AAA
----	----	-----

FECHA COMUNICACIÓN AL CLIENTE

DD	MM	AAA
----	----	-----

FECHA/ FIRMA SISTEMATIZACION

DD	MM	AAA
----	----	-----

FECHA / FIRMA ARCHIVO

DD	MM	AAAA
----	----	------