

CODIGO

PARTE 1 DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social		Cédula o Nit. de la Empresa	
Nombre Comercial			
Dirección en Caldas	Ciudad	Dirección para envío de correspondencia	Ciudad
Teléfonos en Caldas	Fax	Nombre de la Persona Contacto en la Empresa en Caldas	Teléfono
Primer Mes a Pagar a Confamiliares	Teléfonos de la Principal	Fax	Ciudad
Fecha de constitución	Fecha Iniciación de labores	Actividad u Objeto Social	
AÑO MES DIA	AÑO MES DIA		
Clase de Empleador			
Persona Natural <input type="checkbox"/>	Sociedad Anónima <input type="checkbox"/>	Sociedad Económica Mixta <input type="checkbox"/>	Sector Público <input type="checkbox"/>
Unipersonal <input type="checkbox"/>	Sociedad Limitada <input type="checkbox"/>	Sociedad Colectiva <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Cooperativa <input type="checkbox"/>	Sociedad De Hecho <input type="checkbox"/>	Sociedad en Comandita <input type="checkbox"/>	Cuál _____

PARTE 2 DATOS SOBRE NOMINA MENSUAL

Se entiende por nómina mensual de salarios 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 Ley 21 de 1982.

Ciudad donde laboran los trabajadores en Caldas	Número de Trabajadores en Caldas	Valor de la Nómina en Caldas

PARTE 3 DATOS SOBRE AFILIACION

Solicita Afiliación a una Caja de Compensación del Departamento de Caldas por primera vez Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la Caja de Compensación a la cual ha estado afiliado anteriormente	Fecha en que dejó de pertenecer a esa Caja: AÑO MES DIA

PARTE 4 DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

El suscrito: _____ con cédula de ciudadanía No. _____ de _____ en mi nombre propio como persona natural, ó en mi carácter de representante legal de ésta empresa, solicito a La Caja de Compensación Familiar de Caldas CONFAMILIARES, la afiliación de la empresa que represento y si fuere aceptada me comprometo a cumplir y respetar todas las normas de CONFAMILIARES, 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 CONFAMILIARES 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.

Firma del representante legal y sello de la empresa

PARTE 5 DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO

<p>1. SOBRE CONSTITUCIÓN</p> <p>1. Fotocopia de la cédula y Fotocopia del Rut cuando se trate de Persona Natural. 2. Cámara de Comercio si la persona natural afilia al establecimiento comercial 3. Fotocopia del Rut y Cámara de Comercio cuando se trate de persona jurídica 4. Para Afiliar propiedades horizontales presentar personería jurídica 5. Para las Cooperativas de trabajo Asociado, presentar Representación Legal 6. Fotocopia de la cédula del Representante Legal de la Empresa</p>	<p>2. SOBRE AFILIACION ANTERIOR</p> <p>En caso de afiliación anterior a otra Caja de Compensación en el Departamento de Caldas deberá entregar el paz y salvo expedido por ésta.</p> <p>3. SOBRE NOMINA</p> <p>Fotocopia de la última Nómina o Relación de trabajadores con sus respectivos Salarios y Cédulas</p>
--	--

PARTE 6 PARA USO EXCLUSIVO DE CONFAMILIARES

Observaciones: _____

_____ Firma y sello de recibido

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO

- SEGÚN EL ARTÍCULO 45 DE LA LEY 21 DE 1982, EL ENVÍO O NO ENVÍO DE INFORMACION QUE OCASIONE COBRO INDEBIDO DE SUBSIDIO, SERA COBRADO A LA EMPRESA
- Decreto 784 de 1989 Artículo 2: Todo Empleador tiene la obligación de informar oportunamente todo hecho que modifique la cantidad de afiliado al subsidio familiar respecto a los trabajadores a su servicio.
- Ningún empleador «PERSONA NATURAL» puede adicionar a su cónyuge o compañero permanente como empleado(a) suyo

Señor Empleador: Si por algún motivo no tiene personal con contrato laboral en uno ó varios meses favor informarnos con carta firmada por el representante legal, anexando el retiro del trabajador a la seguridad social.

I. RECOMENDACIONES:

1. Lea cuidadosamente el formulario antes de diligenciarlo
2. Llene los espacios con la información correspondiente a máquina o en letra imprenta, en forma completa y sin enmendaduras.
3. Antes de entregar el formulario, revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación esté completa.
4. El formulario SOLICITUD DE AFILIACIÓN, debe diligenciarse en original y copia.

II. INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO:

PARTE 1 - DATOS DE LA EMPRESA:

- * **Nombre o Razón Social:** Escriba la Razón Social como figura en la DIAN, o el Nombre de la Persona Natural como figura en la cédula
- * **Nit:** Registre el Nit asignado por la DIAN o Cédula cuando es Persona Natural
- * **Nombre comercial:** Escriba el Nombre comercial registrado en la Cámara de Comercio, o el nombre registrado en la oficina de instrumentos públicos si se trata de una finca. En los casos en que no exista, se debe dejar este espacio en blanco.
- * **Dirección y Ciudad:** Escriba la dirección y ciudad donde realiza la actividad económica.
- * **Dirección para envío de correspondencia y ciudad:** Indique la dirección donde desea recibir la respuesta de solicitud de afiliación.
- * **Teléfonos de la Principal, Fax y Ciudad:** si la solicitud de afiliación es de una sucursal ó agencia indique la información de la principal, en caso contrario dejar el espacio en blanco.

PARTE 2 - DATOS SOBRE NÓMINA MENSUAL CAUSADA EN CALDAS:

- * **Ciudad donde se causan los salarios:** Indique el municipio donde laboran sus trabajadores en Caldas
- * **Números de trabajadores en Caldas:** Indique el número de trabajadores que laboran en Caldas.
- * **Valor de la última nómina:** Escriba el valor total de la nómina de los trabajadores que laboran en Caldas, según la nómina del último mes causado.

PARTE 3 - DATOS SOBRE AFILIACIÓN:

- * **Afiliación por primera vez:** Marque con una "X", la casilla correspondiente.
- * **Nombre:** Si en la anterior casilla, marcó No, indique el nombre de la Caja de Compensación a la cual ha estado afiliado y señale la fecha en que dejó de pertenecer a esa Caja.

III CONCEPTOS BASE DE APORTES PARAFISCALES

Se entiende por nómina mensual de salarios 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 Ley 21 de 1982.

SECTOR PRIVADO

- * Salario Básico
- * Horas Extras - Dominicales y Festivos
- * Recargo Nocturno
- * Vacaciones
- * Viáticos
- * Sobresueldo
- * Bonificaciones Habituales
- * Comisión Sobre Ventas
- * Salario Integral (70%)
- * Primas extralegales
- * Todos los Pagos que se consideren salarios

SECTOR PUBLICO

- * Salario Básico
- * Horas Extras - Dominicales y Festivos
- * Recargo Nocturno
- * Vacaciones y Prima de Vacaciones
- * Viáticos
- * Prima Técnica
- * Bonificaciones Habituales
- * Gastos de Representación
- * Auxilio de Transporte
- * Prima de servicios
- * Todos los Pagos que se consideren salarios

El suministro de datos falsos por parte del empleador a la Caja ó la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

CONFAMILIARES dará respuesta a su solicitud en un término de 30 días, artículo 57 ley 21 de 1982.