

SOLICITUD DE AFILIACION


 Empleador Trabajador Independiente

 Cooperativa de Trabajadores Asociados (CTA)

AÑO	MES	DIA
FECHA DE ELABORACION		

AÑO	MES	DIA
FECHA DE RECIBO		

• FAVOR DILIGENCIAR EL FORMATO A MAQUINA O EN LETRA DE IMPRENTA MAYUSCULA • NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBRADOS

INFORMACION GENERAL DEL EMPLEADOR

CODIGO DE LA EMPRESA	NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA:			
PRINCIPAL <input type="checkbox"/>	NIT. O CEDULA	DOMICILIO PRINCIPAL		CIUDAD O MUNICIPIO
SUCURSAL <input type="checkbox"/>				
DIRECCION CORRESPONDENCIA LOCAL		BARRIO	CIUDAD O MUNICIPIO	TELEFONO
				FAX
E-MAIL:				
VALOR NOMINA ULTIMO MES			FECHA DE CONSTITUCION	
			AÑO	MES
			DIA	

INFORMACION GENERAL DEL REPRESENTANTE LEGAL

REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	NOMBRE	CEDULA
ADMINISTRADOR <input type="checkbox"/>		

TIPO DE EMPRESA

- | | |
|---|--|
| 1 PRIVADA <input type="checkbox"/> | 2 OFICIAL <input type="checkbox"/> |
| 3 OFICIAL CON DESTINACION ESPECIAL
(ESAP 1/2% - ESCUELA INDUSTRIAL E
INSTITUTO TECNICO 1%) <input type="checkbox"/> | 4 MIXTA <input type="checkbox"/> |
| 5 MICRO, PEQUEÑA O MEDIANA EMPRESA
(MIPYME) <input type="checkbox"/> | 6 INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> |

TIPO DE SOCIEDAD

- | | |
|--|--|
| 1 RESPONSABILIDAD LTDA <input type="checkbox"/> | 2 COLECTIVA <input type="checkbox"/> |
| 3 ANONIMA <input type="checkbox"/> | 4 EN COMANDITA SIMPLE <input type="checkbox"/> |
| 5 EN COMANDITA POR ACCIONES <input type="checkbox"/> | 6 DE HECHO <input type="checkbox"/> |
| 7 DE ECONOMIA MIXTA <input type="checkbox"/> | 8 EXTRANJERIA <input type="checkbox"/> |
| 9 PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/> | 10 OTRA <input type="checkbox"/> |

ACTIVIDAD ECONOMICA

- | | |
|---|---|
| 1 AGRICULTURA, GANADERIA, CAZA, SILVICULTURA <input type="checkbox"/> | 11 ACTIVIDADES INMOBILIARIA, EMPRESARIAL Y DE ALQUILER <input type="checkbox"/> |
| 2 PESCA <input type="checkbox"/> | 12 ADMINISTRACION PUBLICA Y DEFENSA: SEGURIDAD SOCIAL DE
AFILIACION OBLIGATORIA <input type="checkbox"/> |
| 3 EXPLOTACION DE MINAS Y CANTERAS <input type="checkbox"/> | 13 EDUCACION <input type="checkbox"/> |
| 4 INDUSTRIA MANUFACTURERA <input type="checkbox"/> | 14 SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD <input type="checkbox"/> |
| 5 SUMINISTRO DE ELECTRICIDAD, GAS, AGUA VAPOR Y AGUA CALIENTE <input type="checkbox"/> | 15 OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS COMUNITARIOS SOCIALES Y
PERSONALES <input type="checkbox"/> |
| 6 CONSTRUCCION <input type="checkbox"/> | 16 HOGARES PRIVADOS CON SERVICIOS DOMESTICO <input type="checkbox"/> |
| 7 COMERCIO AL POR MAYOR Y AL POR MENOR, REPARACION DE VEHICULOS,
MOTOCICLETAS, EFECTOS PERSONALES, ENSERES DOMESTICOS <input type="checkbox"/> | 17 ORGANIZACIONES ORGANOS EXTRATERRITORIALES <input type="checkbox"/> |
| 8 HOTELES Y RESTAURANTES <input type="checkbox"/> | 18 EMPRESAS TEMPORALES Y DE VIGILANCIA <input type="checkbox"/> |
| 9 TRANSPORTES, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES <input type="checkbox"/> | 19 OTRAS Y LAS NO ESPECIFICAS <input type="checkbox"/> |
| 10 INTERMEDIACION FINANCIERA <input type="checkbox"/> | |

AUTORIZACION PARA RETIRAR SUBSIDIOS Y OTROS

AUTORICE HASTA DOS PERSONAS PARA QUE RETIRE EL SUBSIDIO Y OTROS DOCUMENTOS

NOMBRE AUTORIZADO	C.C. No.
NOMBRE AUTORIZADO	C.C. No.

EL MANEJO Y CONTROL DE ESTA AUTORIZACION ES DE RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA

INFORME OPORTUNAMENTE EL CAMBIO QUE SE PRODUZCA EN LOS AUTORIZADOS O LA PERDIDA DE ESTE DOCUMENTO.

DATOS DE LOS TRABAJADORES

A CUAL CAJA DE COMPENSACION ESTA AFILIADA ACTUALMENTE, O A CUAL ESTUVO SU EMPRESA?

No. TOTAL DE TRABAJADORES:

No. DE PERSONAS A CARGO POR LOS CUALES
RECIBIRAN SUBSIDIO FAMILIAR

No. TOTAL DE TRABAJADORES QUE DEVENGAN
MENOS DE CUATRO S.M.L.M.V.

EN QUE CENTRO DE ATENCION QUIERE SER ATENDIDO

ELIJA EL CENTRO DE ATENCION AL CLIENTE EN EL QUE DESEA ENTREGAR DOCUMENTOS Y RECIBIR LOS SUBSIDIOS

• C.A.C 48 CALLE 48 No. 43 - 104

• C.A.C 79 CALLE 79 No. 47 - 61

• C.A.C 74 CRA. 65 No. 72 - 126

• C.A.C 30 CALLE 30 No. 2B - 106

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL

DECLARAMOS QUE LA ANTERIOR INFORMACION ES CIERTA Y CONTEMPLA LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA LEY 21 DE 1982, ARTICULO 14 AL 19. EN CASO DE SER ACEPTADOS, NOS COMPROMETEMOS A CUMPLIR LAS NORMAS REFERENTES AL SUBSIDIO Y LOS REGLAMENTOS DE COMFAMILIAR DEL ATLANTICO E INFORMAR POR ESCRITO NUESTRA DESAFILIACION, LIQUIDACION O CAMBIO DE RAZON SOCIAL.

RECIBIDO COMFAMILIAR DEL ATLANTICO

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR

1. - A. PERSONA JURIDICA: CERTIFICADO DE EXISTENCIA LEGAL DE LA SOCIEDAD
1. - B. PERSONA NATURAL QUE EJERCE ACTIVIDADES MERCANTILES: REGISTRO EXPEDIDO POR LA CAMARA DE COMERCIO
PERSONA NATURAL QUE EJERCE OTRAS ACTIVIDADES: FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA
1. - C. ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO: FOTOCOPIA DE LA PERSONERIA JURIDICA
2. - SI ESTUVO AFILIADO A OTRA CAJA DE COMPENSACION PRESENTAR CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO
3. - FOTOCOPIA ULTIMO PRESUPUESTO ADJUDICADO (ENTIDADES OFICIALES Y MIXTAS)
4. - ULTIMA NOMINA MENSUAL DETALLADA FIRMADA POR LOS TRABAJADORES
1. - D. INDEPENDENTES: CERTIFICADO DE AFILIACION A UNA E.P.S. QUE INDIQUE EL INGRESO BASE DE COTIZACION (I.B.C.)
2. - FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA

REQUISITOS PARA AFILIACION DE COOPERATIVAS ASOCIADAS DE TRABAJO:

1. COPIA DE LOS ESTATUTOS EN LOS QUE CONSTE LA FACULTAD PARA AFILIARSE A UNA CAJA DE COMPENSACION
2. CERTIFICADO DE EXISTENCIA LEGAL
3. SI ESTUVO AFILIADO A OTRA CAJA DE COMPENSACION PRESENTAR CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO
4. COPIA DE LA RESOLUCION EMANADA POR EL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL POR MEDIO DEL LA CUAL APRUEBAN LOS REGIMENES DE COMPENSACION Y DE TRABAJO ASOCIADO
5. ULTIMA NOMINA MENSUAL DETALLADA FIRMADA POR LOS TRABAJADORES.
6. RELACION DE LOS COOPERADOS Y SUS BENEFICIADOS

INFORMACION DE INTERES

PERSONAS A CARGO

SE CONSIDERAN PERSONAS A CARGO AQUELLAS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN SIEMPRE Y CUANDO DEPENDAN ECONOMICAMENTE DEL TRABAJADOR.

- HIJOS (LEGITIMOS, EXTRAMATRIMONIALES, HIJASTROS Y ADOPTIVOS HASTA LOS 18 AÑOS)
- HERMANOS HUERFANOS DE PADRES HASTA LOS 18 AÑOS
- PADRES, MAYORES DE 60 AÑOS QUE NO RECIBAN PENSION.
- PADRES MENORES DE 60 AÑOS SI SON LIMITADOS FISICOS O MENTALES.

CONCEPTOS QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA PARA LA LIQUIDACION DE APORTES

- | | |
|------------------------|--|
| SUELDOS | BONIFICACIONES HABITUALES. |
| SALARIO INTEGRAL (70%) | RECARGO NOCTURNO. |
| JORNALES | HORAS EXTRAS. |
| PRIMAS EXTRALEGALES | DOMINICALES Y FESTIVOS |
| • DE RENDIMIENTO | PAGOS POR UNIDAD DE TAREA DE OBRA O DESTAJO. |
| • DE ALIMENTACION | PORCENTAJE SOBRE VENTAS |
| • DE COSTO DE VIDA | COMISIONES A REPRESENTANTES O AGENTES VIAJEROS. |
| • DE NAVIDAD | VATICOS (MANUTENCION, ALOJAMIENTO) |
| • DE PRODUCCION | SALARIO EN ESPECIE (ALIMENTACION, VESTIDO, VIVENDA). |
| • DE CLIMA | (EXCEPTO SERVICIOS PROFESIONALES) |
| • DE NAVEGACION | VACACIONES |

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAMILIAR

N	A	H	S	T
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
ACTA	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	FECHA DE APROBACION	DIA <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	MES <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
			AÑO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>