

# SOLICITUD AFILIACION DE EMPLEADOR

**LA AFILIACION ES POR:** Primera vez  Cambio de Caja  Sustitución Patronal

## I DATOS DE LA EMPRESA

Nit. / C.C.	Dígito Chequeo	Nombre o Razón Social de la Empresa:	Sub-Código
Nombre y Apellidos del Representante Legal:			Número Documento de Identidad:
Código Actividad Económica:	Descripción de la Actividad Económica:		
Tipo de Empresa	Privada <input type="checkbox"/>	Oficial <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual? _____
Fecha de Constitución Legal:	Ante que Entidad:		
Se Encuentra Afiliado a una Caja de Compensación:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En que Departamento:
Dirección Oficina Principal que paga aportes Parafiscales:		Barrio:	Ciudad:
Teléfono:	Celular:	Página Web:	E-mail:

## II DATOS DE NOMINA

Número de personas con Contrato de Trabajo:	Número de personas con contrato de Prestación de Servicio:	Número de personas con contrato por Misión:
Número de Personas con Otro Tipo de Vinculación: Cúal ?:	ARP a la cual se encuentra Afiliado:	Valor Última Nómina Mensual: \$

## III DATOS PARA ENVIO DE CORRESPONDENCIA SOBRE INFORMACIÓN DE TRABAJADOR: ( CUOTA MONETARIA, AFILIACIONES, CARNETS )

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Dirección:			
Barrio:	Ciudad:	Teléfono:	Celular:
Cargo:	E-mail:		

## IV PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Contrato Ejecutado con:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:	Localización de la Obra:
Nombre del Interventor:	Teléfono:	Celular:	Página Web:
Nombre del Encargado de la Obra:	Cargo:	Teléfono:	
Celular:	Página Web:		

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar CAJASAN para verificar la información de esta solicitud. Consultar, reportar, procesar y divulgar, cuando así se requiera a las centrales de riesgo y demás entidades que manejan este tipo de información, el comportamiento, manejo, hábitos de pago, cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones contraídas con posterioridad a la firma de este documento.

Una vez leído el presente documento, declaro que la información contenida es cierta y cumple con las disposiciones legales y reglamentarias de la Caja de Compensación Familiar CAJASAN.

Firma y Sello del Empleador: \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

## AFILIACION DE EMPLEADOR

- Toda persona o entidad que tenga al menos un (1) trabajador de carácter permanente a su cargo, debe afiliarse a una Caja de Compensación Familiar, dicha afiliación NO tiene costo alguno.
- El empleador que desee afiliarse a CAJASAN, podrá reclamar el formulario de solicitud de afiliación de Empleador y sus trabajadores, en las instalaciones de la Sede Administrativa CAJASAN - Puerta del Sol - Unidad de Servicio al Cliente, o en las instalaciones de los Centros Integrales de Servicios ( CIS ) CAJASAN en provincia.
- De igual forma, la documentación podrá ser entregada por los empleadores que deseen afiliarse a la Caja, en cada de los puntos de atención previamente descritos.
- Serán afiliados a CAJASAN, los empleadores que por cumplir con los requisitos establecidos para la afiliación, sean admitidos por el Consejo Directivo de la Caja o por su Director Administrativo. La Caja contará con (30) días para resolver la solicitud de afiliación.
- La afiliación a CAJASAN empezará a contarse a partir de la fecha de la comunicación mediante la cual la Caja informa al empleador su admisión.

### REQUISITOS

Para proceder con la solicitud de afiliación, los empleadores deben diligenciar completamente el formulario, y entregarlo adjuntando la documentación, que a continuación se relaciona, según corresponda.

### PERSONA NATURAL

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del empleador.
- Si ejerce actividad comercial, Registro Mercantil con vigencia no superior a ( 3 ) meses.
- Fotocopia de la última nómina firmada por los trabajadores, en la cual conste: Número de cédula de ciudadanía de los trabajadores, nombres y apellidos completos, cargos, salarios y número de horas laboradas diariamente por cada uno de ellos.
- Si estuvo afiliado a otra Caja de Compensación Familiar, Certificado de Paz y Salvo.
- Fotocopia del RUT ( Registro Único Tributario ) si es declarante.

### PERSONA JURÍDICA

- Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a tres (3) meses.
- Si se trata de una entidad sin ánimo de lucro, fotocopia del documento mediante el cual se le reconoce personería jurídica.
- Si es propiedad horizontal, Acta de Nombramiento del Administrador actual.
- Fotocopia de la última nómina avalada por el contador o revisor fiscal de la entidad, en la cual conste: Número de cédula de ciudadanía de los trabajadores, nombres y apellidos completos, cargos, salarios y número de horas laboradas diariamente por cada uno de ellos.
- En el caso de las entidades que no cuentan con contador o revisor fiscal, la nómina deberá tener el aval del representante legal.
- Si estuvo afiliado a otra Caja de Compensación Familiar, Certificado de Paz y Salvo.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal.
- Fotocopia del RUT ( Registro Único Tributario )

### CONTRATISTA

- Fotocopia del Contrato ( especificando el valor de la mano de obra).
- Copia de la conformación del consorcio y/o Unión Temporal.
- Acta de Iniciación de la Obra.

### C T A y P C T A

- Registro de existencia y representación legal vigente
- Relación de asociados activos e inactivos, indicando nombres completos, identificación, fecha de vinculación sitio en el cual desempeñan su trabajo.
- Resolución mediante la cual el ministerio de protección social registró los diferentes regímenes.
- Copia de los regímenes de trabajo, de compensación y de previsión y seguridad social.

Dentro del capítulo denominado REGIMEN DE PREVISIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL, la cooperativa o precoperativa debe incluir que es obligatorio la afiliación al sistema de compensación familiar de sus trabajadores asociados y el respectivo pago de los aportes a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR que corresponda, de conformidad con lo dispuesto por la ley en tal sentido para el sector dependiente, con el fin de acceder a la totalidad de los beneficios, servicios y programas sociales que ofrecen las Cajas de Compensación Familiar.

El propietario de una empresa unipersonal y la persona natural en calidad de empleador o de propietaria de un establecimiento de comercio, no pueden afiliarse a una Caja de Compensación Familiar como trabajadores de su empresa según lo dispuesto en el art. 75 de la ley 222 de 1995 . La misma norma aplica al cónyuge o compañera(o) permanente de de éste tipo de empleadores.

**NOTA: Para todos los casos se deberá diligenciar completamente la solicitud de afiliación de empleador sin enmendaduras.**

### PARA USO EXCLUSIVO DE CAJASAN

#### PROCESO DE AFILIACION REALIZADO POR

#### GRABADO POR

Nombre:	Firma:	Nombre:
Agencia:		Fecha:
Fecha:		
<b>OBSERVACIONES:</b>		Fuente de Información:

**NOTA: Los anteriores requisitos, estarán sujetos a cualquier modificación que se efectue por nuestro ordenamiento jurídico.**