



**SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION  
FORMATO  
AFILIACIÓN DE EMPRESAS**

**Código:** F-SU- 009

**Versión:** 6

**Fecha:** 06/07/2023

**INFORMACIÓN DE LA EMPRESA QUE SE AFILIA EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR**

|   |                          |         |                          |                     |   |                    |                        |                   |    |          |                        |                                     |  |     |     |
|---|--------------------------|---------|--------------------------|---------------------|---|--------------------|------------------------|-------------------|----|----------|------------------------|-------------------------------------|--|-----|-----|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA:  |                          |         | TIPO DE IDENTIFICACIÓN   |                     |   |                    |                        | N° IDENTIFICACIÓN |    |          |                        | FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA EMPRESA |  |     |     |
|   |                          |         | NIT                      | CC                  | CE  | PA                 | TI                     |                   |    |          |                        | AÑO                                 |  | MES | DÍA |
|   |                          |         |                          |                     |   |                    |                        |                   |    |          |                        |                                     |  |     |     |
| SECTOR  |                          | PERSONA |                          | ACTIVIDAD ECONÓMICA |   |                    |                        |                   |    |          | CODIGO DE LA ACTIVIDAD |                                     |  |     |     |
| PRIVADO   | <input type="checkbox"/> | ONG     | <input type="checkbox"/> | NATURAL             | <input type="checkbox"/>                                      |                    |                        |                   |    |          |                        |                                     |  |     |     |
| OFICIAL   | <input type="checkbox"/> | MIXTO   | <input type="checkbox"/> | JURIDICA            | <input type="checkbox"/>                                      |                    |                        |                   |    |          |                        |                                     |  |     |     |
| DEPARTAMENTO  | MUNICIPIO                |         |                          | SECTOR              |   | DIRECCIÓN / BARRIO |                        |                   |    |          |                        |                                     |  |     |     |
|   |                          |         |                          | RURAL               | URBANO  |                    |                        |                   |    |          |                        |                                     |  |     |     |
|   |                          |         |                          |                     |   |                    |                        |                   |    |          |                        |                                     |  |     |     |
| TELEFONO  | CELULAR                  |         | CORREO ELECTRÓNICO       |                     |   |                    |                        |                   |    |          |                        |                                     |  |     |     |
|   |                          |         |                          |                     |   |                    |                        |                   |    |          |                        |                                     |  |     |     |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL  |                          |         |                          |                     |   |                    | TIPO DE IDENTIFICACIÓN |                   |    |          | N° IDENTIFICACIÓN      |                                     |  |     |     |
|   |                          |         |                          |                     |   |                    | CC                     | CE                | PA | TI       |                        |                                     |  |     |     |
|   |                          |         |                          |                     |   |                    |                        |                   |    |          |                        |                                     |  |     |     |
| CORREO ELECTRÓNICO:   |                          |         |                          |                     |   |                    |                        |                   |    | CELULAR: |                        |                                     |  |     |     |
|   |                          |         |                          |                     |   |                    |                        |                   |    |          |                        |                                     |  |     |     |
| VALOR TOTAL ÚLTIMA NÓMINA CAUSADA A LA EMPRESA EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR |                          |         |                          |                     |   |                    |                        |                   |    |          |                        |                                     |  |     |     |
| AÑO   | MES                      | DÍA     | VALOR DE LA NOMINA       |                     | ACTUALMENTE ESTA AFILIADO A UNA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |                    |                        |                   |    | CUAL:    |                        |                                     |  |     |     |
|   |                          |         | \$                       |                     | SI  |                    | NO                     |                   |    |          |                        |                                     |  |     |     |

**DECLARACIÓN JURAMENTADA - AUTORIZACIÓN PARA USO DE LA INFORMACIÓN**

Declaro bajo la gravedad del juramento, que al firmar el presente documento, toda la información suministrada en este formulario, así como los documentos adjuntos es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad del juramento con su suscripción, de igual manera, autorizo para que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenido y en caso de falsedad, se aplique las sanciones correspondientes.

En el mismo sentido y dando cumplimiento a la ley, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar del Cesar, haga uso y tratamiento de los datos personales que suministro en el presente formulario y aquellos clasificados como "**Datos Sensibles**" para los cuales tengo derechos a contestar o no, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor de Vulnerabilidad y Orientación Sexual, los que son recolectados para dar cumplimiento de la Circular Única de la Superintendencia del Subsidio Familiar, como también para el envío de notificaciones respecto al trámite de la afiliación a través de medios electrónicos, este tratamiento se llevará a cabo de acuerdo a la normatividad vigente en Colombia como con la **Política de Tratamientos de Datos Personales** de Comfacesar que se encuentra publicada en la página web.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
CIUDAD Y FECHA

CC:

ESPACIO PARA COMFACESAR

\_\_\_\_\_  
FUNCIONARIO QUE RECIBE:

\_\_\_\_\_  
FECHA DE RECIBIDO

\_\_\_\_\_  
REVISADO POR:

OBSERVACIONES

## REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE PERSONAS JURIDICAS-EMPLEADORES

1. Formulario de afiliación de empleadores debidamente diligenciado (se encuentra disponible en la página web [www.comfacesar.com](http://www.comfacesar.com))
2. Registro único tributario (RUT) completo con vigencia no superior a un (1) mes.
3. Documento de identidad del representante legal de la empresa.
4. Documento de identificación del empleador persona natural si es del caso.
5. Relación de trabajadores y salarios. Opcional del reporte de una planilla PILA.
6. Si está afiliado a otra caja de compensación familiar, anexar Paz y Salvo expedido por la caja de compensación anterior dentro del departamento, que incluya fecha desafiliación y último periodo pago.
7. Copia del certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de comercio del domicilio social, con vigencia no superior a un (1) mes.

Para las personas jurídicas que se relacionan a continuación la copia del Certificado de la Cámara de Comercio se deberá reemplazar por los siguientes documentos:

- Consorcio: Acuerdo del consorcio debidamente firmado.
- Entidad sin ánimo de lucro: Copia de la personería jurídica.
- Uniones Temporales: Acuerdo de unión temporal debidamente firmado.
- Municipios y entidades territoriales: Decreto de creación.
- Iglesia Católica: Representación expedida por la Arquidiócesis de la correspondiente provincia eclesiástica.
- Comunidades o iglesias no católicas: resolución reconociendo la personería jurídica expedida por el Ministerio del Interior.
- Agremiadoras y asociaciones que afilien a la seguridad social de manera colectiva: copia de la resolución de autorización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para los empleadores de servicio doméstico se puede omitir este requisito.

### **SEÑOR EMPLEADOR, ES IMPORTANTE QUE TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:**

Deberá realizar los aportes a la caja de compensación dentro los plazos establecidos por la normatividad vigente de acuerdo a los dos últimos dígitos del NIT o la cedula (no incluye dígito de verificación) y al número de trabajadores cotizantes, según sea el caso.

Tendrá que inscribir a la caja compensación a todos los trabajadores con vínculo laboral con su empresa, informar todas las novedades laborales de sus trabajadores en forma oportuna y completa como: ingreso, retiros, aumentos salariales, datos generales de la empresa. (Artículo 24, numeral 18, ley 789 de diciembre de 2002) a través de la planilla integrada de liquidación de aportes, formato de novedades de la caja o comunicación escrita.