



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA "COMFENALCO" TOLIMA  
 NIT. 890.700.148-4

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN  
 AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR  
 EMPLEADOR**



ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO LEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE  
 ENCUENTRAN AL RESPALDO DEL ORIGINAL

**I. INFORMACIÓN BÁSICA DE LA EMPRESA**

Identificación			4. Razón Social		
1. T.D.	2. NIT	3. DV			
5. Tipo de Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Otros: _____			6. Sector Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/>		
7. Fecha inicio de operaciones Año _____ Mes _____ Día _____		8. Tipo de Persona Jurídica <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/>		9. Página web _____	
11. Clasificación aportante Pequeño aportante <input type="checkbox"/> Gran aportante <input type="checkbox"/>		12. Tipo de aportante Empleador <input type="checkbox"/> Admon. de Pensiones <input type="checkbox"/> Entidad agrupadora <input type="checkbox"/>			
13. Dirección _____			Barrio _____		Municipio _____
14. Teléfono _____		15. Fax _____		16. Apartado aéreo _____	
18. Envío de correspondencia Mensajería Externa <input type="checkbox"/> Promotor Empresarial <input type="checkbox"/>			19. Dirección para atender en el Tolima _____		
20. Representante legal Tipo _____ Número _____		1er. Apellido _____	2do. Apellido _____	1er. Nombre _____	2do. Nombre _____
				Correo electrónico _____	
21. Información del personal administrativo					
Cargo	TD	Número	Nombre	Teléfono	Correo electrónico
01					
02					
03					
04					
05					

**II. IMPORTANTE**

1. En caso de no tener trabajadores, además de las novedades de retiro, se debe enviar comunicación solicitando la inactivación como empleador afiliado, anexando copia de la novedad de retiro de una de las siguientes entidades (EPS, ARP, PENSIÓN) o en su defecto certificación expedida por contador público, con el fin de no generar mora en la obligación de realizar aportes parafiscales.
2. Si presenta liquidación de la Empresa no olvide el certificado de cancelación expedido por la Cámara de Comercio o Entidad competente.
3. Cancele su primer aporte, una vez recibida su respuesta de afiliación. Continúe cancelando oportunamente sus aportes, la mora en el pago trae consecuencias que perjudican al trabajador y a su núcleo familiar, así como la labor empresarial en el caso de que se tenga que acudir al proceso de la expulsión de afiliados.

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**III. INFORMACIÓN PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SUBSIDIO FAMILIAR**

22. Modalidad de pago

• Individual <input type="checkbox"/>	Tarjeta Verde (Redeban) <input type="checkbox"/>	Aplica cuando se consigne la cuota monetaria en la tarjeta verde del cónyuge o trabajador y puede hacerse efectivo en el Municipio de Ibagué o en otras ciudades de Colombia en la cadena de supermercados autorizados.
	Tarjeta Verde (Seapto) <input type="checkbox"/>	Aplica cuando se consigne la cuota monetaria en la tarjeta verde del cónyuge o trabajador y puede hacerse efectivo en la totalidad de los Municipios del Tolima en los puntos de pago autorizados, con excepción del municipio de Ibagué.

**IV. INFORMACIÓN PARA PAGO DE APORTES**

23. Aportes parafiscales 1. Caja <input type="checkbox"/> %	24. Presentación novedades en forma Único <input type="checkbox"/> Consolidada <input type="checkbox"/> Por sucursal <input type="checkbox"/>	El Suscrito _____ con C.C. _____ en carácter de representante legal certifico que la información enunciada es correcta y me comprometo a cancelar los aportes dentro de los términos establecidos por la Ley teniendo en cuenta las recomendaciones del punto II. <b>IMPORTANTE</b> de este formulario. Así mismo a cumplir los estatutos y demás normas de la Corporación ó del Sistema de Subsidio Familiar.  El suscrito empleador autoriza para que la información de la Caja y los Convenios o Alianzas me sean enviados a mi correo electrónico o dirección referenciada en el presente formulario, en cumplimiento de la Ley de Hábeas Data y la Ley de Protección de Datos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
25. Mes incremento salarial _____	26. Primer periodo de aportes Año _____ Mes _____ Clase empresa _____	
27. Código Actividad Económica _____	28. Nombre Actividad Económica _____	<p>_____</p> <p>(Firma C.C. y sello Representante Legal de la Empresa)</p>
Ley 1429/10 SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Servicio doméstico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Valor Nómina \$ _____	
<p>Firma y Sello recibido por Mercadeo Corporativo _____</p> <p>Firma y Sello recibido por Subsidio y Aportes _____</p>		

- TRAFICO -



**Instrucciones para diligenciar este formulario de Afiliación al Régimen de Subsidio Familiar Empleador**

*Diligencie el formulario a máquina o en letra imprenta legible, sin enmendaduras.*

**I. INFORMACIÓN BÁSICA DE LA EMPRESA.**

1. **T.D.:** Indique el tipo de documento con el que se identifica la Empresa.  
  
NI: Número de Identificación Tributaria.  
CC: Cédula de Ciudadanía  
CE: Cédula de Extranjería  
PA: Pasaporte
2. **NIT:** Escriba el número completo del documento de identificación tributaria.
3. **D.V.:** Escriba el dígito de verificación asignado en la Identificación tributaria.
4. **Razón Social:** Escriba el nombre de la empresa.
5. **Tipo de Sociedad:** Marque con una x la casilla correspondiente. Escriba en otros, el tipo de sociedad al que pertenece.
6. **Sector:** Marque con una X el sector al cual pertenece la empresa.
7. **Fecha inicio operaciones:** Escriba la fecha en la cual inició operaciones la empresa año, mes y día.
8. **Tipo de persona:** Marque con una X la casilla correspondiente.
9. **Página Web:** Escriba el nombre de la página en Internet.
10. **Número Total de Trabajadores:** Escriba el número total de empleados con que cuenta la empresa en la actualidad.
11. **Clasificación del Aportante:** Marque con una X la casilla correspondiente.
12. **Tipo de aportante:** Marque con una X el tipo de Empleador al cual corresponda.
13. **Dirección:** Escriba la Dirección, Barrio, Municipio, Departamento donde se encuentra ubicada la empresa.
14. **Teléfono:** Escriba el número de teléfono de la Empresa.
15. **Fax:** Escriba el número del Fax de la Empresa.
16. **Apartado aéreo:** Escriba el número del apartado aéreo de la Empresa.
17. **Correo electrónico:** Escriba la dirección del correo electrónico de la Empresa.
18. **Envío de correspondencia:** Indique con una X la forma como desea que le llegue la correspondencia del Subsidio. (Tarjetas, recordatorios).

- Mensajería Externa
- Promotor Empresarial

19. **Dirección para atender en el Tolima:** Escriba la ubicación para envío de correspondencia y visitas en el Tolima.
  20. **Representante Legal:** Escriba la información del Representante Legal así:  
  
T.D.: Escriba el Tipo de documento del Representante Legal.  
C.C: Cédula Ciudadanía  
C.E.: Cédula de Extranjería  
PA: Pasaporte  
T.I.: Tarjeta de Identidad  
  
- Número: Escriba el número completo del documento de identidad.  
- Nombre del Representante Legal: Apellidos y Nombres completos como figuran en el documento de identidad.  
- Correo Electrónico: Escriba la dirección de correo.
  21. **Información del personal administrativo:** Escriba la información de su personal administrativo de acuerdo con el siguiente orden:
    1. Gerente.
    2. Secretaria de gerencia
    3. Jefe recursos humanos
    4. Jefe de Capacitación
    5. Tesorero
- II. IMPORTANTE:** Lea esta información importante para el pago de aportes
- III. INFORMACIÓN PARA LIQUIDACIÓN DEL SUBSIDIO FAMILIAR.**
22. **Modalidad de Pago:** Marque con una X la casilla correspondiente correspondiente forma de pago en la que se cancelará el Subsidio Familiar en dinero.
- IV. INFORMACIÓN PARA PAGO DE APORTES.**
23. **Aportes parafiscales:** Relacione el porcentaje de aportes a realizar por cada una de las instituciones.
  24. **Presentación novedades:** Marque con una X la casilla correspondiente a la forma de envío de novedades de PILA.
  25. **Mes de incremento salarial:** Relacione el mes a partir del cual se realizaran los incrementos salariales.
  26. **Primer período de aportes:** Diligencie el mes y año a partir del cual iniciará el pago de aportes.
  27. **Código de actividad económica:** (según el CIU RUT)
  28. **Nombre actividad económica:** según CIU.



## Bienvenido a la Caja Número Uno del Departamento del Tolima

**Para nosotros es un honor que su empresa inicie a disfrutar el portafolio de servicios sociales más completo para el mejoramiento de la calidad de vida de sus Empleados y su Familia**

### **Adjunte los siguientes requisitos para legalizar su Afiliación:**

(Decreto 341 de 1988 Artículo 39)

1. Certificado de Existencia y Representación Legal Expedido por la Entidad competente NO superior a 60 días.
2. Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía del Representante Legal de la Empresa.
3. Relación de Trabajadores y Salarios.
4. Paz y Salvo Expedido por la última Caja de Compensación Familiar en caso de haber estado afiliado en una Caja de Compensación del Tolima ó en su defecto oficio firmado por el representante legal de no afiliación a otra Caja del Tolima.
5. Copia del RUT
6. Para las pequeñas empresas que tengan la condición de acogerse a la ley 1429 /2010 se debe adjuntar comunicación del representante legal manifestando su deseo o no de obtener este beneficio.

### **Requisitos para afiliación de las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado (Decreto 400 del 13 de febrero de 2008)**

1. Copia de los estatutos en los que conste la facultad para afiliarse a una caja de compensación familiar.
2. La acreditación de su personería jurídica y allegar el certificado de existencia y representación legal de la cooperativa o precooperativa de trabajo asociado, expedido por la autoridad competente.
3. Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía del Representante Legal de la Empresa.
4. La relación de los cooperadores
5. Paz y Salvo Expedido por la última Caja de Compensación Familiar en caso de haber estado afiliado en una Caja de Compensación del Tolima ó en su defecto oficio firmado por el representante legal de no afiliación a otra Caja del Tolima.
6. Copia del RUT

#### **MAYORES INFORMES:**

Departamento de Mercadeo Corporativo  
Carrera 5 calle 37 esquina  
Teléfono: 267 0088 - 264 6311 Ext. 304  
Ibagué - Tolima  
**Línea amable: 277 0032**