



# Comfacundi

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE EMPLEADORES

Trabajadores independientes y empleados del servicio doméstico

VERSIÓN: 04  
CÓDIGO: FO-AS-007  
FECHA 16/12/2022

FECHA DE SOLICITUD

DÍA

MES

AÑO

No. de Identificación:		DV: <input type="checkbox"/>	Tipo de documento Nit: <input type="checkbox"/> C.C: <input type="checkbox"/> C.E: <input type="checkbox"/>	
Nombre o razón social:			Sigla:	
Tipo documento Rep. legal: Nit: <input type="checkbox"/> C.C: <input type="checkbox"/> C.E: <input type="checkbox"/>	No. Documento Rep. legal:	Nombre Rep. legal:		Cargo:
Dirección oficina principal Cundinamarca:	Municipio:	Localidad/Zona:	Oficina de Afiliación:	
Correo electrónico 1:		Correo electrónico 2:		
Teléfono fijo 1:	Teléfono fijo 2:	Celular 1:	Celular 2:	
Jefe de personal o encargado de Aportes de Seguridad social:				
Correo electrónico:		Teléfono fijo:	Extensión:	Celular:
Tipo de persona Natural: <input type="checkbox"/> Jurídica: <input type="checkbox"/>	Naturaleza jurídica Privada: <input type="checkbox"/> Pública: <input type="checkbox"/> Mixta: <input type="checkbox"/>	Contratista Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	Descripción act. económica:	Código CIUU:
Empresa +200 cotizantes <input type="checkbox"/>	Empresa -200 cotizantes <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Empleadores de trabajadores del servicio doméstico <input type="checkbox"/>	Org. administradora del programa de hogares del bienestar <input type="checkbox"/>
Empresa acogida a: Ley 590 <input type="checkbox"/> Ley 1429 <input type="checkbox"/>	Total de trabajadores:	Total de trabajadores Cundinamarca:	Valor nómina Cundinamarca:	Fecha constitución DÍA MES AÑO
Tipo de sociedad			Fecha Resolución Ministerio: DÍA MES AÑO	
<input type="checkbox"/> Anónima	<input type="checkbox"/> Unipersonal	<input type="checkbox"/> Colectiva	<input type="checkbox"/> Cooperativa	<input type="checkbox"/> Coop. trabajo asociado
<input type="checkbox"/> Limitada	<input type="checkbox"/> De hecho	<input type="checkbox"/> Comandita simple	<input type="checkbox"/> Consorcio	<input type="checkbox"/> Agremiadora
<input type="checkbox"/> Soc. por acciones simplificada	<input type="checkbox"/> Economía mixta	<input type="checkbox"/> Comandita por acciones	<input type="checkbox"/> Unión temporal	<input type="checkbox"/> ¿Otra? Cúl: _____
Estuvo afiliado a otra Caja de Compensación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	Fecha de retiro DÍA MES AÑO	Fecha último aporte DÍA MES AÑO	
<b>Requisitos generales de afiliación</b> Diligenciar el formulario de solicitud de afiliación de empresas sin tachones ni enmendaduras. Este debe estar firmado por el Representante Legal. <b>Anexar</b> -Fotocopia legible del RUT - hoja 1 y hoja 2 (persona natural y/o jurídica) -Original del Certificado de Cámara y Comercio (Max. 3 meses de expedición) -Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante legal ampliada al 150% -Carta de intención dirigida a Comfacundi informando: Nombre del empleador, tipo y número de identificación, número de trabajadores, valor nómina, lugar donde se causan los salarios y manifestación sobre si ha estado o no afiliado a una Caja de Compensación familiar. -Si ha estado afiliado a una Caja de Compensación, anexar paz y salvo, indicando que puede efectuar el traslado -Si es EMPLEADOR DE TRABAJADORES DEL SERVICIO DOMÉSTICO, debe indicar la ACTIVIDAD ECONÓMICA: Actividad			Declaramos que la anterior información es cierta y contempla los requisitos exigidos por la ley 21 de 1982. Igualmente, nos comprometemos en el caso de ser aceptados, a cumplir y respetar todos los estatutos, resoluciones, normas y reglamentos de la Caja de Compensación familiar de Cundinamarca, COMFACUNDI, las disposiciones que se refieran al subsidio familiar, siendo entendido que la violación por parte del empleador de cualquiera de las normas, dará derecho a Comfacundi para ordenar la expulsión. La responsabilidad en cuanto al Subsidio Familiar, queda limitada por la Caja desde el momento de la afiliación y pago de los aportes por parte del empleado, hasta que la empresa sea desafiliada por cualquier motivo.	
Firma del Representante Legal y Sello de la empresa				
<b>Espacio para uso exclusivo de COMFACUNDI</b>				
Fecha de aprobación DÍA MES AÑO	Acta No.	Para pago desde MES AÑO		
Asesor comercial	Código asesor			
<b>ESPACIO PARA TIMBRE DE RADICACIÓN</b>				
Revisado por:				
Aprobado por:				
Confirmación de información y ubicación de contacto:			Fecha de confirmación DÍA MES AÑO	
Observaciones:				

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo conforme a la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al a Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca, COMFACUNDI con NIT 860.045.904-7, para que recolecte, almacene, utilice, administre, circule, transfiera o transmita mis datos personales directa o a través de terceros. Los datos personales serán tratados con el fin de dar cumplimiento a las funciones propias de COMFACUNDI, para la prestación de los servicios para mí y mi grupo familiar, la evaluación de sus servicios, actualización de datos personales, atención al cliente (dar respuesta a consultas, peticiones, quejas o reclamos), (como análisis de consumos, trazabilidad demarca, encuestas de percepción de servicio y proyectos futuros, entre otros), comerciales (informar a través de diferentes medios los beneficios, productos, servicios, promociones, descuentos, campañas vigentes, eventos promocionales, programas de las marcas propias o de los aliados). Realización de consultas, para responder las necesidades acerca de productos y servicios ofrecidos, la realización de estudios con fines estadísticos o de conocimiento del cliente. COMFACUNDI me informa que, si suministro información personal sobre una persona distinta a mí, se da por entendido que cuento con la autorización de dicha persona para registrar sus datos; y no verificará, ni asumirá la obligación de verificar la identidad del usuario, ni veracidad, vigencia, suficiente y autenticidad de los datos de cada uno de ellos. En virtud de lo anterior, COMFACUNDI no asume responsabilidad por daños o perjuicios de toda naturaleza que pudiera tener origen en una falta de veracidad, homonimia o a la suplantación de la información de la identidad. Así mismo los datos personales de los(as) niñas, niños y adolescentes que suministro los hago en calidad de tutor o representante legal de los mismos, y autorizo su tratamiento únicamente para las finalidades expuestas en el presente documento. Declaro que he sido informado de lo siguiente: (1) Que COMFACUNDI, como responsable del tratamiento de los datos personales, ha puesto a mi disposición la Política de Tratamiento de Datos Personales la cual se encuentra en la página web: [www.comfacundi.com.co](http://www.comfacundi.com.co), (2) Que los derechos que me asisten como titular de los datos personales son los previstos en la Constitución y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, los cuales puedo ejercer a través de los canales dispuestos por COMFACUNDI para la atención a titulares Correo electrónico: [serviciocliente@comfacundi.com.co](mailto:serviciocliente@comfacundi.com.co) Formulario web Contact nos/PQR: <https://comfacundi-servicio-al-cliente.bitrix24.site/indexespaol/PQRSE/Linea> de atención al cliente 3790909 y línea gratuita nacional 0180094575.

- Autorizo recibir información a través de medios telefónicos o electrónicos como mensajes de texto, chats, whatsapp y otros.
- Autorizo recibir información a través de correo electrónico, aplicaciones informáticas, redes sociales, entre otros.
- Autorizo recibir información a través de medios inscrites e impresos

Firma y Cédula Representante Legal

Calle 53 #10-39 - PBX: 379 0909 Opción 1/ext. 323 - Bogotá D.C  
Línea de atención al cliente 3790909 - 018000 945754 - [www.comfacundi.com.co](http://www.comfacundi.com.co)