



Aprobación:

12/12/2022

Página 1 de 1

CIUDAD: _____

AFILIACION: ACTUALIZACION: FECHA: Revisado: Aprobado:

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO, LEA CUIDADOSAMENTE LA GUIA QUE SE DETALLA AL RESPALDO

A. INFORMACION GENERAL DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL

NIT O CEDULA

TIPO DE PERSONA

CALIDAD DE EMPLEADOR

SECTOR

TIPO DE SOCIEDAD

TAMAÑO DE LA EMPRESA

MATRICULA MERCANTIL

ACTIVIDAD ECONÓMICA

CODIGO CIU

B. DIRECCION Y OTROS DATOS DEL EMPLEADOR

DIRECCION DOMICILIO EN EL AMAZONAS

CIUDAD

MUNICIPIO

CODIGO

TELEFONO FIJO

CELULAR

FAX

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION EN OTRAS CIUDADES

CIUDAD

MUNICIPIO

CODIGO

TELEFONO FIJO

CELULAR

FAX

CORREO ELECTRONICO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

DOCUMENTO IDENTIDAD

TIPO DOCUMENTO

NOMBRE DE LA PERSONA (contacto en la empresa)

TELEFONO FIJO

CELULAR

C. DATOS SOBRE NOMINA MENSUAL

Se entiende por nómina mensual de salarios la totalidad de pagos hechos por conceptos de los diferentes elementos integrantes de salario en los términos de la Ley laboral, cualquiera que sea su denominación y además, los verificados por descansos remunerados de Ley y convencionales o contractuales Art. 17 Ley 21 de 1982.

CIUDAD DONDE SE CAUSAN LOS SALARIOS

NUMERO DE
TRABAJADORES

VALOR DE LA NOMINA

MES AÑO DEL PRIMER APORTE

\$

D. DATOS SOBRE LA AFILIACION

Ha estado afiliado a otra Caja de Compensación? (Marque "S" solo si se está trasladando de Caja de Compensación)

S

N

Con beneficio de la Ley 590 de MIPYMES?

S

N

Autorizo a Cafamaz a tratar esta información con la debida confidencialidad, de manera segura, legal, y transparente, en los términos y condiciones señalados en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

El suscrito: _____ con cédula de ciudadanía No. _____ en condición de representante legal o en nombre propio como persona natural y con el fin de dar cumplimiento a los Artículos 7 y 15 de la Ley 21, Ley 789 de 2002 y Artículo 139 del Decreto 0019 de 2012, solicito a la Caja de Compensación Familiar del Amazonas - CAFAMAZ, la afiliación de la empresa que represento y si fuere aceptada me comprometo a cumplir y respetar todas la normas de CAFAMAZ, así como las

disposiciones legales que se refieren al Subsidio Familiar. Acepto de antemano que la violación por parte de la empresa de cualquiera de estas normas dará derecho a CAFAMAZ para ordenar la expulsión de la empresa afiliada. La responsabilidad en cuanto al Subsidio Familiar, queda limitada para la Caja desde el momento de la afiliación y pago de aportes por parte del empleador, hasta que la empresa sea desafiada por cualquier motivo.

ESPACIO PARA USO
EXCLUSIVO DE CAFAMAZ

Firma del representante legal y sello de la empresa (si aplica)



GUIA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

RECOMENDACIONES

- 1, Revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación esté completa
2. El formulario debe diligenciarse en original y una copia, en mayúscula, a máquina o letra imprenta en forma completa y sin enmendaduras.

A. INFORMACION GENERAL DE LA EMPRESA

- * Escriba el Nombre o Razón social y el Nit o Cédula del Empleador.
- * TIPO DE PERSONA: (Natural o Jurídica)
- * CALIDAD DE EMPLEADOR (Empresa, Empleador del Servicio Dórmestico o Madre Comunitaria)
- * SECTOR (Público, Privado o Mixto)
- * TIPODE SOCIEDAD (Persona Natural o el tipo de sociedad de acuerdo a la constitucion de la empresa)
- * TAMAÑO DE LA EMPRESA (Grande, Pequeña)
- * Escriba el Número de la Matricula Mercantil (solo si aplica)

B. DIRECCION Y OTROS DATOS DE LA EMPRESA

- * Escriba la dirección completa, la ciudad y municipio donde se desarrolla la actividad de la empresa.
- * Registre el número de teléfono fijo, celular, fax y correo electrónico del empleador.
- * Escriba la dirección completa, la ciudad y municipio si tiene la sede principal en otra ciudad
- * Escriba el nombre completo y número de cédula del representante legal de la empresa.
- * Registre el número de teléfono fijo, celular, fax y correo electrónico del contacto en la empresa.

C. DATOS SOBRE LA NOMINA MENSUAL

- * Registre la ciudad donde el o los trabajador (es) prestan sus servicios (debe ser algun minicipio o sector del Amazonas)
- * Número total de trabajadores que laboran en la empresa, independientemente si tienen o no personas a cargo.
- * Valor total de la nomina.
- * Registre el mes correspondiente al primer pago de aportes parafiscales.

D. DATOS SOBRE LA AFILIACION

- * Marque con un X si ha estado afiliado a otra Caja de Compensación ("S" solo para traslado de otra Caja.)
- * Marque con un X si se acoge a los beneficios de la Ley 590 de MIPYMES.

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR A ESTA SOLICITUD

SI ES PERSONA NATURAL

- * Fotocopia de la cédula de ciudadanía
- * Fotocopia de RUT Actualizado (Registro Único Tributario).
- * Registro Mercantil.
- * Relación en detalle de los trabajadores y sus salarios.
- * Certificado de paz y salvo, en caso de afiliación anterior a otra Caja de Compensación
- * Si tiene los beneficios de la Ley 590, memorial de solicitud del beneficio ante la DIAN.

SI ES PERSONA JURIDICA

- * Certificado de existencia y representacion legal con vigencia no superior a tres meses
- * Fotocopia de RUT actualizado (Registro Único Tributario) y Registro Mercantil.
- * Si es cooperativa, certificado de la Superintendencia de Economía solidaria.
- * Si es consorcio o unión temporal, documento o acta de acuerdo a la conformación de la entidad.
- * Relación en detalle de los trabajadores y sus salarios.
- * Certificado de paz y salvo, en caso de afiliación anterior a otra Caja de Compensación
- * Si tiene los beneficios de la Ley 590, memorial de solicitud del beneficio ante la DIAN.

SI ES EMPLEADOR DE SERVICIO DOMESTICO O MADRE COMUNITARIA

- * Fotocopia de la cédula de ciudadanía del empleador.