

Señor (es)

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL TOLIMA "COMFATOLIMA"

Ciudad

De conformidad a lo dispuesto en la Ley 789 de 2002 artículo 21, solicito el estudio de la siguiente información con el fin de ser admitido como miembro afiliado a esta corporación; adquiriendo las responsabilidades y beneficios que la Ley otorga a los empleadores.

Nota: Esta solicitud debe ser completamente diligenciada y sin enmendaduras.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA

AFILIACIÓN _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN NIT __ CC __ TI __ CE __ PEP __ PAS __ VISA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	
SIGLA O NOMBRE DEL NEGOCIO		BENEFICIOS DE LEY MIPYME __ 1429 __ OTRO __ CUAL		EMPLEADO(A) DOMÉSTICO(A) SI __ NO __
REPRESENTANTE LEGAL: TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC __ TI __ CE __ PEP __ PAS __ VISA			NOMBRE JEFE DE PERSONAL	
NOMBRE COMPLETO _____ N° _____				
DIRECCIÓN		BARRIO	CIUDAD	TELÉFONO
CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO		AFILIADO(A) OTRA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR SI __ NO __ CUAL	
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	TIPO DE EMPRESA OFICIAL __ PRIVADO __ OTRO __ CUAL		MUNICIPIO DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD LABORAL EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA	
DIRECCIÓN EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA			TELÉFONO DE CONTACTO EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA	

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA LA AFILIACIÓN (DECRETO 341 DE 1988 ARTÍCULO 39)

PERSONA JURÍDICA	PERSONA NATURAL
FORMATO SOLICITUD DE AFILIACIÓN EMPRESA GP-FO-001 <input type="checkbox"/>	FORMATO SOLICITUD DE AFILIACIÓN EMPRESA GP-FO-001 <input type="checkbox"/>
FOTOCOPIA DEL RUT <input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA DE CÉDULA DE CIUDADANÍA <input type="checkbox"/>
C.C. REPRESENTANTE LEGAL AL 150% <input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA DEL RUT <input type="checkbox"/>
CERTIFICADO DE LA CÁMARA DE COMERCIO Y/O ACREDITACIÓN DE SU CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO <input type="checkbox"/>	CERTIFICADO DE LA CÁMARA DE COMERCIO <input type="checkbox"/>
CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO EN CASO DE AFILIACIÓN ANTERIOR A OTRA CAJA EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA <input type="checkbox"/>	CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO EN CASO DE AFILIACIÓN ANTERIOR A OTRA CAJA EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA <input type="checkbox"/>
COPIA DE LA NÓMINA SEGÚN LOS SUELDOS DEVENGADOS <input type="checkbox"/>	COPIA DE LA NÓMINA SEGÚN LOS SUELDOS DEVENGADOS EMPLEADOS(AS) DOMÉSTICOS(AS) ANEXAR CONTRATO DE TRABAJO Y/O MANIFESTACIÓN DE SU TRABAJO <input type="checkbox"/>
EN EL CASO DE LAS AGREMIACIONES, ASOCIACIONES Y/O COOPERATIVAS DE TRABAJO, ENTIDADES RELIGIOSAS Y ECLESIASTICAS, Y TODAS AQUELLAS QUE REALICEN AFILIACIÓN DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES, ADICIONAR COPIA DE LA AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL MINISTERIO DE TRABAJO	

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CIERTA, Y ME COMPROMETO DE ACUERDO AL DECRETO 923 DE 2017 A CANCELAR LOS APORTES DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a Comfatolima, NIT 800.211.025-1, quien será el responsable del tratamiento de datos personales conforme a la ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes; para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, incluyendo datos sensibles (si llegará a haber), así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo. Manifiesto que conozco el aviso de privacidad incluido en el respaldo de este formato y que Comfatolima cuenta con una Política de Tratamiento de Datos que podré consultar en <https://www.comfatolima.com.co/proteccion-de-datos-personales>.

SI NO Autorizo el envío de comunicaciones a través de los datos de contactos suministrados en este formulario (WhatsApp, aplicaciones móviles o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología).

APORTES A PARTIR DE: MES _____ AÑO _____

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL
C.C. N°

CIUDAD Y FECHA

USO EXCLUSIVO DE COMFATOLIMA

CÓDIGO: GP-FO-001

VERSIÓN: 006

FECHA RADICACIÓN: _____

RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN: _____ JEFE DEL ÁREA: _____

RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR

SOBRE LA AFILIACIÓN:

Todo empleador que ocupe uno o más trabajadores está obligado a realizar aportes a Caja de Compensación familiar a través de la planilla integrada (seguridad social y aportes parafiscales), y también de conformidad con lo establecido en el Artículo 7, 10 Y 92 de la Ley 21 de 1982.

El empleador deberá tener en cuenta lo establecido en el Decreto 923 de 2017, en cuanto a las fechas límites de pagos de los aportes de seguridad social, y parafiscales.

SOBRE EL REPORTE DE NOVEDADES:

Los empleadores podrán ser sancionados con multas sucesivas hasta de mil salarios mínimos mensuales legales vigentes, por incumplimiento de sus obligaciones con las Cajas de Compensación Familiar (Art.24 Numeral 18, Ley 789 de 2002), y otros organismos de control por el no pago de sus obligaciones, por no inscribir a todos sus trabajadores con vinculación laboral y por no informar novedades oportunas.

La liquidación realizada por el Jefe de aportes de la Caja, con recurso de apelación ante el representante legal de la misma, será título ejecutivo para el cobro de los aportes adeudados (Art.21 parágrafo 4 Ley 789 de 2002).

SOBRE LA DESAFILIACIÓN:

El afiliado a la Caja de Compensación Familiar puede desafiliarse mediante aviso escrito dirigido a la Caja de Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar tendrán un plazo no superior a 60 días para efectos de la desafiliación, contados a partir de la fecha de presentación de la solicitud correspondiente (Art. 48 Dec. 341/02, Art. 21 numeral 10 Ley 789 de 2002). Las solicitudes deberán adjuntar los documentos según sea el motivo.

NOTA IMPORTANTE

1. Para los casos de retiro de todos los trabajadores por planilla, deben remitir comunicado por escrito solicitando la desafiliación voluntaria con el fin de no generar mora en los aportes parafiscales, como empleador afiliado se debe anexar copia de la novedad de retiro.

2. En el caso de liquidación de la Empresa no olvidar, anexar el certificado de cancelación de Cámara de Comercio o entidad competente y carta de solicitud de desafiliación.

3. Cancele su primer aporte desde el momento de vinculación de sus trabajadores y continúe cancelando oportunamente sus aportes, la mora en el pago trae consecuencias que perjudican al trabajador y a su núcleo familiar, así como labor empresarial, la no cancelación de su obligación oportuna conlleva a la desafiliación por expulsión y el cobro de esta obligación por entidades fiscalizadoras determinadas por la ley.

4. Los empleadores que presenten interrupciones en los pagos de aportes por retiro de trabajadores, por planilla única y que nuevamente contraten personal en diferentes meses, pueden solicitar prórroga no superior a 6 meses para evitar la mora y así mismo evitar la desafiliación voluntaria.

5. La Caja de Compensación Familiar del Tolima, los invita a realizar la liquidación y pago de sus planillas de seguridad social aportes parafiscales por medio del operador Asopagos, con el que tenemos convenio, y podremos brindarle mejor asesoría al respecto.

AVISO DE PRIVACIDAD

La Caja de Compensación Familiar del Tolima, ComfaTolima con NIT.800.211.025-1, establece los términos y condiciones en virtud de los cuales realizará el tratamiento de sus datos personales. La información es recolectada y utilizada por ComfaTolima para el desarrollo de su objeto y funciones como Caja de Compensación Familiar, actividades propias de nuestros aliados comerciales, dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control. El tratamiento podrá realizarse directamente por ComfaTolima y/o por el tercero que éste determine, conforme a la ley 1581 de 2012 y demás normas que lo complementen o reglamenten. Los datos personales serán utilizados **para finalidades como: envío de información sobre los diferentes servicios, programas, convenios, eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, y demás finalidades contempladas en la Política de Tratamiento de Protección de datos personales que podrá consultar en <https://www.comfatolima.com.co/proteccion-de-datos-personales>.** Como titular de sus datos Usted tiene derecho a: (i) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o a aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado a ComfaTolima y/o al tercero que éste determine. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas, solicitudes y/o reclamos por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Tendrá carácter facultativo las respuestas que versen sobre datos sensibles o sobre datos de las niñas y niños y adolescentes. El Titular podrá ejercer su derecho de Habeas Data a través del correo electrónico privacidad@comfatolima.com.co o personalmente en la calle 69 Av. Ambalá N°19-109.

