

SOLICITUD AFILIACION DE EMPLEADOR

LA AFILIACION ES POR: Primera vez Cambio de Caja Sustitución Patronal

I DATOS DE LA EMPRESA

Nit. / C.C.	Dígito Chequeo	Nombre o Razón Social de la Empresa:		Sub-Código
Nombre y Apellidos del Representante Legal:			Número Documento de Identidad:	
Código Actividad Económica:	Descripción de la Actividad Económica:			
Tipo de Empresa	Privada <input type="checkbox"/>	Oficial <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/> Cual? _____
Fecha de Constitución Legal:		Ante que Entidad:		
Se Encuentra Afiliado a una Caja de Compensación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		En que Departamento:		
Dirección Oficina Principal que paga aportes Parafiscales:		Barrio:	Ciudad:	
Teléfono:	Celular:	Página Web:	E-mail	

II DATOS DE NOMINA

Número de personas con Contrato de Trabajo:	Número de personas con contrato de Prestación de Servicio:	Número de personas con contrato por Misión:
Número de Personas con Otro Tipo de Vinculación: Cúal ?:	ARP a la cuál se encuentra Afiliado:	Valor Última Nómina Mensual: \$

III DATOS PARA ENVIO DE CORRESPONDENCIA SOBRE INFORMACIÓN DE TRABAJADOR: (CUOTA MONETARIA, AFILIACIONES, CARNETS)

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Dirección:			
Barrio:	Ciudad:	Teléfono:	Celular:
Cargo:	E-mail:		

IV PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Contrato Ejecutado con:	Fecha de Inicio:	Fecha de Terminación:	Localización de la Obra:
Nombre del Interventor:	Teléfono:	Celular:	Página Web:
Nombre del Encargado de la Obra:	Cargo:	Teléfono:	
Celular:	Página Web:		

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar CAJASAN para verificar la información de esta solicitud. Consultar, reportar, procesar y divulgar, cuando así se requiera a las centrales de riesgo y demás entidades que manejan este tipo de información, el comportamiento, manejo, hábitos de pago, cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones contraídas con posterioridad a la firma de este documento.

Una vez leído el presente documento, declaro que la información contenida es cierta y cumple con las disposiciones legales y reglamentarias de la Caja de Compensación Familiar CAJASAN.

Firma y Sello del Empleador:

Lugar y Fecha:

REQUISITOS AFILIACIÓN EMPLEADOR

Toda persona o entidad que tenga al menos un trabajador de carácter permanente a su cargo lo debe afiliar, de manera gratuita a una Caja de Compensación Familiar.

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS O NATURALES

El formulario de “ Solicitud Afiliación de Empleador “ debe estar acompañado de los siguientes documentos:

- Comunicación escrita dirigida a la respectiva Caja de Compensación Familiar, en la que informe: Nombre del Empleador domicilio, identificación, lugar donde se causen los salarios y manifestaciones sobre si esta o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar.
- Prueba de la existencia y representación legal tratándose de Personas Jurídicas. En el caso de las Personas Naturales bastará la presentación de la cédula de ciudadanía.
- Certificado de Paz y Salvo en el caso de afiliación anterior a otra Caja.
- Relación de trabajadores y salarios o copia de la Afiliación a ARP.
- Fotocopia del RUT.

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE COOPERATIVAS Y PRECOOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO

El formulario de “ Solicitud Afiliación de Empleador “ debe estar acompañado de los siguientes documentos:

- Comunicación escrita dirigida a la respectiva Caja de Compensación Familiar, en la que informe: Nombre del Empleador domicilio, identificación, lugar donde se causen los salarios y manifestación sobre si esta o no afiliado a alguna Caja de Compensación Familiar.
- La acreditación de su personería jurídica y certificado de existencia y representación legal de la Cooperativa, o Precooperativa de Trabajo Asociado, expedido por la autoridad competente.
- Paz y Salvo expedido por la última Caja de Compensación Familiar a la cual haya estado afiliada.
- Relación de los cooperados y su compensación o copia de Afiliación de Afiliación a ARP.
- Copia de la Resolución emanada del Ministerio de la Protección Social mediante la cuál fueron aprobados los regímenes de compensaciones y de trabajo asociado.

LOS EMPLEADORES DEBEN REPORTAR NOVEDADES DE

- Todo cambio de dirección, teléfono, Representante Legal, Nit o Razón Social.
- Liquidación total de personal en un período determinado.
- Inscripciones de trabajadores y sus personas a cargo.
- En caso de que la empresa retire todos sus trabajadores, debe informar por escrito si el cierre de la Empresa es transitorio o definitivo.

Su solicitud de afiliación tendrá respuesta de CAJASAN antes de ocho días. Los documentos de Afiliación se reciben a través del correo electrónico servicioscajasan@cajasan.com o personalmente en nuestros Centros Integrales de Servicio o nuestra sede Administrativa ubicada en la Carrera 27 No. 61 - 78.

Los formularios de afiliación se pueden descargar de nuestra paginas web www.cajasan.com

NOTA: Para todos los casos se deberá diligenciar completamente la solicitud de afiliación de empleador sin enmendaduras y los anteriores requisitos, estarán sujetos a cualquier modificación que se efectuó por nuestro ordenamiento jurídico.

PARA USO EXCLUSIVO DE CAJASAN

Nombre:	Firma:
Agencia:	Zona:
Fecha:	Fuente de Información:

OBSERVACIONES:
