

# Solicitud de Afiliación Patronal



Diligencie esta solicitud en original, a máquina o letra legible, sin enmendaduras ni tachones.

Código de Afiliación: \_\_\_\_\_

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_

(Escriba tal como aparece en el Certificado de Existencia y Representación Legal o Matrícula de Persona Natural, y RUT).

Nombre Establecimiento Comercial: \_\_\_\_\_

Nit o C.C.: \_\_\_\_\_

Dirección Sede Principal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Dirección Sede Boyacá: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico Empresa: \_\_\_\_\_ Fecha iniciación actividades en Boyacá: \_\_\_\_\_

Nombre Representante Legal: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_ Dirección Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de Empresa (Marque con X): Privada  Oficial  Mixta

## Actividad Económica:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| 1. Agricultura, ganadería. Caza, silvicultura, avicultura, apicultura. <input type="checkbox"/> | 7. Comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos, motocicletas, efectos personales, enseres domésticos. <input type="checkbox"/> | 13. Educación <input type="checkbox"/>  |
| 2. Pesca <input type="checkbox"/>   | 8. Hoteles y restaurantes. <input type="checkbox"/>  | 14. Servicios Sociales y de Salud <input type="checkbox"/>                                      |
| 3. Explotación de minas y canteras <input type="checkbox"/>                                     | 9. Transportes, almacenamiento y comunicaciones. <input type="checkbox"/>  | 15. Otras actividades de servicios comunitarios sociales y personales. <input type="checkbox"/> |
| 4. Industria manufacturera. <input type="checkbox"/>  | 10. Intermediación Financiera. <input type="checkbox"/>  | 16. Hogares privados con servicio doméstico. <input type="checkbox"/>                           |
| 5. Suministro de electricidad, gas, agua, vapor y agua caliente. <input type="checkbox"/>       | 11. Actividad inmobiliaria, empresarial y de alquiler. <input type="checkbox"/>  | 17. Organizaciones, órganos extraterritoriales. <input type="checkbox"/>                        |
| 6. Construcción <input type="checkbox"/>  | 12. Administración pública y defensa; seguridad social de afiliación obligatoria. <input type="checkbox"/>                                       | 18. Otras y las no especificadas. <input type="checkbox"/>                                      |

Valor Nómina mensual trabajadores Boyacá: \_\_\_\_\_ Total Empleados Boyacá: \_\_\_\_\_

¿Estuvo afiliado anteriormente a una Caja de Compensación Familiar dentro del Departamento de Boyacá? SI  NO

Cual: \_\_\_\_\_ Fecha Afiliación: \_\_\_\_\_ Fecha Desafiliación: \_\_\_\_\_

Solicita afiliación por cambio de razón social? SI  NO  En caso afirmativo indique el Nit anterior: \_\_\_\_\_

Nombre o Razón Social anterior: \_\_\_\_\_

Declaro que la información reportada y anexa en este Formulario es verídica y en caso de que la afiliación sea aceptada cumpliré con la normatividad del Subsidió Familiar, los Estatutos, Reglamentos y en general todas las disposiciones de carácter legal.

Firma y Sello del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Es indispensable anexar a la solicitud los siguientes documentos:

- Certificado de Existencia y Representación Legal o su documento equivalente, vigente expedido por autoridad o entidad competente (Fecha de expedición no superior a 30 días), o fotocopia cédula de ciudadanía si es persona natural.
- Acta de posesión para el caso de las entidades públicas cuyos representantes legales sean elegidos por voto popular, o acto administrativo de nombramiento para el caso de las entidades públicas del nivel nacional, departamental o municipal del sector central ó descentralizado.
- Si es institución educativa debe anexar la Resolución de autorización de la Secretaria de Educación y Certificación sobre la vigencia.
- En caso que su empresa sea Consorcio o Unión Temporal, debe anexar Documento de Conformación del mismo.
- Para las Cooperativas de Trabajo Asociado, además se requiere Copia de los Estatutos en los que conste la facultad de afiliarse a una Caja de Compensación Familiar. Copia de la Resolución emanada del Ministerio de la Protección Social mediante la cual fueron aprobados los regímenes de compensaciones y de trabajo asociado.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal.
- Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) expedido por la DIAN.
- Relación de trabajadores (C.C., Nombres, Salarios) firmada por el Representante Legal.
- Certificado de Paz y Salvo si estuvo afiliado a otra Caja de Compensación del Departamento de Boyacá, con nota VALIDO PARA AFILIARSE A OTRA CAJA.

**Nota Importante:** 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 (E.P.S., A.R.P., PENSIÓN) y Certificación Expedida por Contador Público con copia de la Tarjeta Profesional, con el fin de no generar la obligación de realizar aportes. Si se presenta una Liquidación o terminación de la Empresa no olvide presentar el Certificado de cancelación expedido por la Cámara de Comercio.

Pague 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 para la expulsión de afiliado.

Cualquier cambio de dirección favor informar a las oficinas de Subsidió y Aportes mediante nota o el formulario Actualización de Datos Empresas Afiliadas.

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Revisado Jefe Aportes y Subsidió: \_\_\_\_\_

Nº folios: \_\_\_\_\_