

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN EMPLEADORES AFILIADOS

PARTE I	NIT: _____
Razón Social / Apellidos y Nombres: _____	
Dirección: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____	
Dirección donde se realiza la actividad: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____	
Celular _____ Correo Electrónico: _____	
Nombre del Representante Legal: _____ <input type="checkbox"/> CC. <input type="checkbox"/> CE. <input type="checkbox"/> PAS _____	
PARTE II (Marca con una X)	
TIPO DE EMPRESA: Oficial <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>	
TIPO DE SOCIEDAD: <input type="text"/>	
PARTE III	
ACTIVIDAD ECONÓMICA <input type="text"/> Código: <input type="text"/>	
PARTE IV	
Valor nómina mensual último mes \$ <input type="text"/> No. total de empleados de la empresa <input type="text"/> NOTA: De trabajadores que laboran en el departamento del Magdalena	
Declaración Jurada	Autorización para uso de la información
Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada, así como los documentos adjuntos es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad del juramento con su suscripción. Autorizo para que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones correspondientes.	En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, el uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario o que suministré en documentos anteriores para afiliarme, en virtud de la función que le compete de administrar el Sistema del Subsidio Familiar, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Caja de Compensación Familiar del Magdalena.
_____ FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> _____ FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
DEBE ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:	
1. <input type="checkbox"/> Copia de la resolución de la personería jurídica/o acta consorcial cuando sea el caso. 2. <input type="checkbox"/> Certificado de existencia y representación legal tratándose de personas jurídicas (no mayor a 90 días). 3. <input type="checkbox"/> Copia de la cedula de ciudadanía del representante legal. 4. <input type="checkbox"/> Copia del RUT (actualizado de diciembre del año 2012 en adelante).	
Fecha de recibido: DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> _____ Firma del funcionario CAJAMAG	