

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE EMPLEADORES

NÚMERO CONSECUTIVO

NIT:

PARTE I

Razón Social / Apellidos y Nombres: _____

Dirección: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____ Telefono: _____

Dirección donde se realiza la actividad: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____

Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Representante Legal: _____ CC. CE. PAS _____

PARTE II (Marca con una X)

TIPO DE EMPRESA: Oficial Mixta Privada

TIPO DE SOCIEDAD: _____

PARTE III (Marca con una X)

CLASE DE ACTIVIDAD

Código _____

- | | |
|---|---|
| 1.- Agricultura, Ganadería, Caza, Silvicultura, Pesca, <input type="checkbox"/> | 12.- Act. Inmobiliarias, <input type="checkbox"/> |
| 2.- Explotación de Minas y Canteras <input type="checkbox"/> | 13.- Act. Profesionales, Científicas, Técnicas <input type="checkbox"/> |
| 3.- Industrias Manufactureras <input type="checkbox"/> | 14.- Act. Servicios Administrativos y de Apoyo <input type="checkbox"/> |
| 4.- Electricidad, Gas, Vapor, Aire Acondicionado <input type="checkbox"/> | 15.- Admón. Pública, de Defensa y Planes de Seguridad Social <input type="checkbox"/> |
| 5.- Agua, Aguas Residuales, Saneamiento Ambiental <input type="checkbox"/> | 16.- Educación <input type="checkbox"/> |
| 6.- Construcción <input type="checkbox"/> | 17.- Salud y Asistencia Social <input type="checkbox"/> |
| 7.- Comercio, Automotores, Motocicletas <input type="checkbox"/> | 18.- Act. Artísticas, Entretenimiento y Recreación <input type="checkbox"/> |
| 8.- Transportes y Almacenamiento, <input type="checkbox"/> | 19.- Otras Actividades de Servicios <input type="checkbox"/> |
| 9.- Alojamiento, Comidas <input type="checkbox"/> | 20.- Act. Hogares Individuales <input type="checkbox"/> |
| 10.- Información, Comunicaciones <input type="checkbox"/> | 21.- Act. De Organizaciones y Entidades Extraterritoriales <input type="checkbox"/> |
| 11.- Acti. Financieras, seguros <input type="checkbox"/> | 22.- Otras Clasificaciones <input type="checkbox"/> |

PARTE IV

Valor nómina mensual último mes \$ _____

No. total de empleados de la empresa _____

No. de empleados con derecho a subsidio _____

Salario mínimo que paga la empresa \$ _____

No. de beneficiarios con derecho a subsidio _____

NOTA: Esta información es de trabajadores que laboran en el departamento del Magdalena.

OBSERVACIONES

Declaración Jurada

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.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Autorización para uso de la información

Autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, el uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario o que suministre 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.

SI: NO:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

PERSONA JURÍDICA

DEBE ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- Copia de la resolución de la personería jurídica/o acta consorcial cuando sea el caso.
- Certificado de existencia y representación legal tratándose de personas jurídicas (no mayor a 90 días).
- Copia de la última nómina mensual firmada por la empresa.
- Copia de la cédula de ciudadanía del representante legal.
- Copia del RUT (actualizado de diciembre del año 2012 en adelante).
- Si se trata de una cooperativa o precooperativa de trabajo asociado, debe aportar copia del artículo de los estatutos en que establezca el pago de aportes con destino al subsidio familiar y copia de la resolución del Ministerio de Trabajo aprobando dichos estatutos.

PERSONA NATURAL

DEBE ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- Copia de la cédula de ciudadanía del representante legal.
- Copia de la última nómina mensual firmada por la empresa.
- Copia del RUT (actualizado de diciembre del año 2012 en adelante).

NOTA: El certificado de existencia y representación legal, no es requisito obligado para la afiliación de personas naturales.

RESERVADO PARA LA CAJA

Certifico que se verificaron los datos y documentos en este formulario.

- Personalmente. _____
- Vía telefónica _____
- Correo electrónico/o certificado _____

Fecha de verificación DÍA MES AÑO

Firma del funcionario CAJAMAG.

Fecha : DÍA MES AÑO

Firma del funcionario Autorizado CAJAMAG

Fecha : DÍA MES AÑO

Firma del Filtro CAJAMAG