

PARTE I NIT CC CE

Razón Social / Apellidos y Nombres: _____ Tipo de Persona Natural Jurídica

Dirección de la empresa: _____ Barrio: _____ Rural Urbano Ciudad: _____ Teléfono: () _____

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

Teléfono: () _____ Celular _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Representante Legal: _____ CC CE PAS C.D PEP

Teléfono: () _____ Celular _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Jefe de Recursos Humanos: _____ CC CE PAS

Teléfono: () _____ Celular _____ Correo Electrónico: _____

PARTE II (Marca con una X)

TIPO DE EMPRESA: Oficial Mixta Privada

No Aplica Nota: solo para afiliación servicio domestico que no tiene actividad económica.

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 - Servicio Domestico <input type="checkbox"/> |
| 10.- Información, Comunicaciones | <input type="checkbox"/> | 21.- Act. De Organizaciones y Entidades Extraterritoriales <input type="checkbox"/> |
| 11.- Actividad Financiera y de Seguros | <input type="checkbox"/> | 22.- Otras Clasificaciones <input type="checkbox"/> |

PARTE I V

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.

PARTE V

¿En la empresa laboran trabajadores que devengan comisiones, porcentaje sobre ventas y participación de utilidades?. Si No

OBSERVACIONES

Declaración juramentada - Autorización para uso de la información

Declaro bajo la gravedad del juramento, que al firmar el presente documento, toda la información suministrada en este formulario, así como los documentos adjuntos es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad del juramento con su suscripción, de igual manera, autorizo para que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones correspondientes.

En el mismo sentido y dando cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar del Magdalena, haga uso y tratamiento de los datos personales que suministro en el presente formulario y aquellos clasificados como **"Datos Sensibles"** para los cuales tengo derecho a contestar o no, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor de Vulnerabilidad y Orientación Sexual, los que son recolectados para dar cumplimiento de la Circular Externa No. 00007 de 2019 de la Superintendencia del Subsidio Familiar, como también para el envío de notificaciones respecto al trámite de la afiliación a través de medios electrónicos, este tratamiento se llevará a cabo de acuerdo a la normatividad vigente en Colombia como con la **Política de Tratamiento de Datos Personales** de Cajamag que se encuentra publicada en la página web www.cajamag.com.co en el área de **Tramites y Servicios – Políticas**.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL _____

PERSONA JURÍDICA

DEBE ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. Copia de la resolución de la personería jurídica/o acta consorcial cuando sea el caso.
2. Certificado de existencia y representación legal tratándose de personas jurídicas (no mayor a 90 días).
3. Copia de la última nómina mensual firmada por la empresa.
4. Copia de la cedula de ciudadanía del representante legal.
5. Copia del RUT (actualizado de diciembre del año 2012 en adelante).
6. 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.
7. Está afiliado a otra Caja de Compensación Familiar Si ___ No ___
Si está afiliado anexar Paz y Salvo.

Nota: Quienes soliciten afiliación a la Caja deben diligenciar y firmar Carta de Solicitud de Afiliación, según corresponda (Empleadores CSU-1-FO-21, Pensionado CSU-1-FO-19 e Independiente CSU-1-FO-20).

PERSONA NATURAL

DEBE ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. Copia de la cedula de ciudadanía del representante legal.
2. Copia de la última nómina mensual firmada por la empresa.
3. Copia del RUT (actualizado de diciembre del año 2012 en adelante).
4. Está afiliado a otra Caja de Compensación Familiar Si ___ No ___
Si está afiliado anexar Paz y Salvo.

Nota: Quienes soliciten afiliación a la Caja deben diligenciar y firmar Carta de Solicitud de Afiliación, según corresponda (Empleadores CSU-1-FO-21, Pensionado CSU-1-FO-19 e Independiente CSU-1-FO-20).

- Para empleadores de servicio domestico el Rut. no es necesario.

RESERVADO PARA LA CAJA

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

1. Personalmente. _____
2. Vía telefónica _____
3. 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