

PARTE I		(NIT) _____
Razón Social / Apellidos y Nombres: _____		
Dirección de la empresa: _____ Barrio: _____		Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Ciudad: _____
Teléfono: (^{Ind.}) _____ Celular _____	Dirección Web: _____	
Correo Electrónico de Notificación Judicial: _____		
Dirección de la empresa para Notificación Judicial: _____		
Nombre del Representante Legal: _____		(CC) (CE) (PAS) (C.D) (PEP) (PPT) _____
Teléfono: (^{Ind.}) _____ Celular _____	Correo Electrónico: _____	
Nombre del Jefe de Recursos Humanos: _____		(CC) (CE) (PAS) (C.D) (PEP) (PPT) _____
Teléfono: (^{Ind.}) _____ Celular _____	Correo Electrónico: _____	
PARTE II (Marca con una X)		
TIPO DE EMPRESA: Oficial <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Nota: solo para afiliación servicio domestico que no tiene actividad económica.		
TIPO DE SOCIEDAD: _____		
PARTE III		
ACTIVIDAD ECONÓMICA _____		Código Ciiu _____
PARTE IV		
Valor nómina mensual último mes	\$ _____	No. total de empleados de la empresa _____
NOTA: De trabajadores que laboran en el departamento del Magdalena		
<p>Declaración juramentada - Autorización para uso de la información</p> <p>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.</p> <p>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 llevara 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.</p> <p style="text-align: right;">FIRMA REPRESENTANTE LEGAL _____</p>		
DEBE ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Copia de la resolución de la personería jurídica y/o acta consorcial cuando sea el caso, con vigencia no superior a un mes. 2. <input type="checkbox"/> Copia del certificado de existencia y representación legal tratándose de personas jurídicas, con vigencia no superior a un mes. 3. <input type="checkbox"/> Copia del documento de identidad del representante legal. 4. <input type="checkbox"/> Copia del RUT para persona jurídica y natural, con vigencia no superior a un mes. <p style="text-align: center;">No es necesario para empleadores de servicio domestico.</p>		
<p>Nota: Para las personas jurídicas que se relacionan a continuación la copia del certificado de la Cámara de Comercio se deberá reemplazar por las copias de los siguientes documentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Consorcio: Acuerdo del consorcio debidamente firmado. ● Entidad Sin Animo de Lucro: Copia de la personería jurídica. ● Uniones Temporales: Acuerdo de unión temporal debidamente firmado ● Municipios y entidades territoriales: decreto de creación ● Iglesia Católica: representación expedida por la Arquidiócesis de la correspondiente provincia eclesiástica. ● Comunidades o iglesias no catolicas: resolución reconociendo la personería jurídica expedida por el Ministerio del Interior. ● Agremiadoras y asociaciones que afilien a la seguridad social de manera colectiva: copia de la resolución de autorización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. <p>Para los empleadores de servicio domestico se puede omitir este requisito.</p>		