



# CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA "CAFABA"

## FORMULARIO AFILIACIÓN DE EMPLEADORES, PENSIONADOS E INDEPENDIENTES

Código: 80100-Re-001

Nº Revisión: 5

### CLASE DE AFILIACIÓN

EMPLEADOR  PENSIONADO  INDEPENDIENTE

Nº RADICACIÓN

Certificado No.  
SC 8574-2

### A. INFORMACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR

NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL

NIT Ó CÉDULA	PERSONA	SECTOR	FECHA DE CONSTITUCIÓN (Persona Jurídica)
	NATURAL <input type="checkbox"/> JURÍDICA <input type="checkbox"/>	PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/>	AÑO <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/>

ACTIVIDAD ECONÓMICA

División CIU  Código Marque con una X en el recuadro:  
Empleadores de personal doméstico  
División 97 Código 9700

### B. DIRECCIÓN Y OTROS DATOS DEL EMPLEADOR

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO O NEGOCIO BARRIO MUNICIPIO

TELÉFONO FIJO TELÉFONO CELULAR FAX CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN ENVIO DE CORRESPONDENCIA BARRIO MUNICIPIO

TELÉFONO FIJO TELÉFONO CELULAR FAX CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL C.C.

NOMBRE DE LA PERSONA (CONTACTO EN LA EMPRESA) CARGO TELÉFONO CELULAR / FIJO

### C. DATOS SOBRE NÓMINA MENSUAL

Se entiende por nómina mensual de salarios la totalidad de los pagos hechos por concepto de los diferentes elementos integrantes del salario en los términos de la Ley Laboral, cualquiera que sea su denominación y además, los verificados por descansos remunerados de Ley y convencionales o contractuales Art. 17 Ley 21 de 1.982.

CIUDAD DONDE SE CAUSAN LOS SALARIOS	NÚMERO DE TRABAJADORES	VALOR DE LA ÚLTIMA NÓMINA	MES
		\$	

### D. DATOS SOBRE AFILIACIÓN Y DECLARACIÓN

¿Solicita afiliación a CAFABA por primera vez? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Ha estado afiliado a una Caja de Compensación en el Departamento de Santander? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha en que dejó de pertenecer a esa Caja.	AÑO <input type="checkbox"/>	MES <input type="checkbox"/>	DIA <input type="checkbox"/>
--	---	---	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Ciudad, \_\_\_\_\_

El suscrito: \_\_\_\_\_ con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ o en mi nombre propio como persona natural, solicito a LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA - CAFABA, la afiliación de la empresa que represento y si fuere aceptada me comprometo a cumplir y respetar todas las normas de CAFABA, así como las disposiciones legales que se refieren al Subsidio Familiar. Acepto de ante mano que la violación por parte de la empresa de cualquiera de estas normas dará derecho a CAFABA para ordenar la expulsión de la empresa afiliada. La responsabilidad en cuanto al Subsidio Familiar, queda limitada para la Caja desde el momento de la afiliación y pago de los aportes parafiscales por parte del empleador, hasta que la empresa sea desafiliada por cualquier motivo.

Con la firma del presente formulario, autorizo de manera expresa a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA CAFABA para que haga uso de la información suministrada y la existente en sus bases de datos con la debida confidencialidad, de manera segura, legal y transparente en los términos y condiciones establecidos en la ley 1581 de 2.012 y el Decreto 1377 de 2.013, en armonía con el Manual Interno de Políticas, procedimientos y tratamientos de Bases de Datos.

FECHA DE SOLICITUD     
AÑO MES DIA

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

### USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

APROBADA: SI  NO ACTA DE CONSEJO No. \_\_\_\_\_ DE     
AÑO MES DIA

FIRMA DIRECTOR ADMINISTRATIVO

### COMPROBANTE SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Nº RADICACIÓN

NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL

NIT Ó CÉDULA

FECHA

    
AÑO MES DIA

RECIBIDO POR

## PARA TENER EN CUENTA

Diligencie cuidadosamente el formulario de afiliación

Verifique que la documentación adjunta se encuentra completa

Recuerde que los pagos de aportes parafiscales se realizan sobre la totalidad de los pagos hechos por concepto de los diferentes elementos integrales del salario.

Recuerde que los pagos se realizan únicamente a través del PILA, Programa Integrado para la Liquidación de Aportes

Para acogerse a cualquier beneficio sobre el pago de parafiscales (Ley 590/2000, Ley 1429/2010, etc) debe tener en cuenta la fecha en que inscribió su empresa en la Cámara de Comercio.

Para saber su fecha límite de pago y no incurrir en morosidad ante la Caja de Compensación, remítase al Decreto 1670 de 2007.

No olvide visitar nuestra página web [www.cafaba.com.co](http://www.cafaba.com.co)

## DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR A ESTE FORMULARIO

### PARA AFILIACION DE PERSONAS JURIDICAS Y NATURALES

1. Comunicación escrita dirigida a la respectiva Caja de Compensación Familiar firmada por el Representante Legal de la empresa manifestando la decisión de afiliarse, indicando el nombre de la empresa, nombre del representante legal, dirección actual e indicar si estaba o no afiliado a alguna Caja de compensación Familiar anteriormente.
2. Fotocopia legible de cédula de ciudadanía del Representante Legal.
3. Certificado de Constitución y Gerencia, expedido por la Cámara de Comercio con vigencia de expedición no mayor a noventa días o documento respectivo que pruebe la existencia y Representación Legal de la empresa (Actas, acuerdos o Resoluciones de Constitución). No aplica para personas naturales.
4. Copia legible del Registro Único tributario – RUT
5. Relación de trabajadores y salarios firmada por funcionario responsable de la empresa.
6. Certificado de Paz y salvo válido para cambio de Caja, si estuvo afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.
7. Fotocopia del contrato de trabajo o de la afiliación a la EPS (solo aplica para servicios domésticos)
8. Autorización para notificación por vía electrónica (Formato suministrado por Cafaba)

### PARA COOPERATIVAS Y PRECOOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO

1. Comunicación escrita dirigida a la respectiva Caja de Compensación Familiar firmada por el Representante Legal de la empresa manifestando la decisión de afiliarse, indicando el nombre de la empresa, nombre del representante legal, dirección actual e indicar si estaba o no afiliado a alguna Caja de compensación Familiar anteriormente.
2. Acreditación de su personería Jurídica, certificado de existencia y representación legal de la Cooperativa o Precooperativa de Trabajo Asociado, expedido por autoridad competente.
3. Fotocopia de cédula de ciudadanía del Representante Legal
4. Copia legible del Registro Único tributario – RUT
5. Relación de Asociados y sus respectivas compensaciones firmada por funcionario responsable de la empresa.
6. Reconocimiento ante la Superintendencia de Economía Solidaria
7. Copia de la resolución de aprobación de los regímenes aprobados por el Ministerio de Protección Social.
8. Autorización para notificación por vía electrónica (Formato suministrado por Cafaba)

### PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES

- Solicitud escrita firmada por el interesado
- Formulario debidamente diligenciado y firmado por el interesado
- Fotocopia de cédula de ciudadanía del solicitante
- Certificación de afiliación a EPS y comprobante del último pago de aportes al Sistema de Salud
- Autorización para notificación por vía electrónica (Formato suministrado por Cafaba)

### PARA PENSIONADOS

- Solicitud escrita firmada por el interesado
- Formulario debidamente diligenciado y firmado por el interesado
- Fotocopia de la cedula del pensionado
- Ultimo recibo de pago de pensión
- Autorización para notificación por vía electrónica (Formato suministrado por Cafaba)

Ciudad:

Fecha:

Señores  
CONSEJO DIRECTIVO  
CAFABA  
Barrancabermeja

Respetados Señores:

Cordialmente nos permitimos solicitar afiliación al tenor de la Ley 21 de 1982, a la Caja de Compensación Familiar de Barrancabermeja CAFABA, comunicándoles que no estamos afiliados a otra Caja de Compensación Familiar en la ciudad de Barrancabermeja.

Para hacer efectiva nuestra solicitud adjuntamos:

- Formulario de afiliación como empleador debidamente diligenciado
- fotocopia legible de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal.
- Relación de trabajadores detallando nombre, numero de cedula y salario, firmada por el funcionario responsable.
- Certificado de Constitución y Gerencia, expedido por la Cámara de Comercio con vigencia de expedición no mayor a 30 días o documento respectivo probatorio de funcionamiento (Acta o resolución de Constitución y funcionamiento)
- Copia legible del Registro Único tributario –Rut
- Certificado de paz y salvo por traslado de Caja de Compensación Familiar.
- Como Cooperativa de Trabajo Asociado adjuntamos además de los documentos anteriores; Copia de Resolución de aprobación de los Regímenes de trabajo y copia de certificado de constitución expedido por la Superintendencia de Economía solidaria.

Cordialmente,

Nombre de la empresa:

NIT:

Nombre Representante Legal:

Dirección actual de domicilio:

FIRMA:



CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA "CAFABA"

AUTORIZACION PARA NOTIFICACION POR  
VIA ELECTRONICA

Código: 80100 – Re – 010

Nº Revisión: 1 Pág. 1 de 1

## AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN POR VÍA ELECTRÓNICA

El artículo 56 de la Ley 1437 de 2011, señala que toda persona que desee ser notificada por la vía electrónica, deberá manifestar por escrito su aceptación para ser notificado al correo electrónico que registre en la entidad, indicando con claridad la dirección electrónica a la que requiera se le envíe las correspondientes notificaciones, en consecuencia manifiesto mi deseo de ser notificado a través de medio electrónico por la Caja de Compensación Familiar de Barrancabermeja CAFABA, para lo cual remito la siguiente información:

Nombre (s) y Apellido (s) \_\_\_\_\_

Identificado (a) con la cédula de ciudadanía Nro. \_\_\_\_\_

expedida en \_\_\_\_\_, en mi calidad de \_\_\_\_\_

de la empresa (persona natural o jurídica)

\_\_\_\_\_  
autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Barrancabermeja CAFABA, para que me notifique a la siguiente dirección de correo \_\_\_\_\_, todos los actos administrativos que profieran y que se consideren sean de mi interés y/o de la empresa que represento.

Dada en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_.

Firma,

\_\_\_\_\_  
Aprobado por:  
COORDINADOR DE APORTE

\_\_\_\_\_  
Fecha de aprobación:  
ENERO 26/16