

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo		
		DD	MM	AAAA

- \* Antes de diligenciar este formato, lea cuidadosamente las instrucciones que se detallan en el respaldo de la copia.
- \* Favor diligenciar el formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- \* Favor no escribir en los espacios sombreados.

### A. Datos generales del empleador

Tipo de Empleador Jurídica <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/>	Número de NIT	D.V.	Razón Social	
	Tipo de Identificación RC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	Nombres y Apellidos Completos	
Dirección		Departamento	Ciudad/Municipio	Barrio
Teléfono Fijo		Teléfono Celular	Fax	Correo Electrónico
			Fecha de Nacimiento	Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
			Código Postal	

### B. Datos de dirección envío de correspondencia

Dirección		Departamento	Ciudad/Municipio	Barrio	Código Postal
Teléfono Fijo		Teléfono Celular	Fax	Correo Electrónico	
Departamento donde causan los salarios:			Ciudad/Municipio donde causan los salarios:		

### C. Datos del representante legal

Tipo de Identificación RC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
--	--------------------------	-----------------	------------------	---------------	----------------	---------------------	---

### D. Datos del contacto administrativo

Tipo de Identificación RC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Cargo		Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico			

### E. Datos específicos del empleador

Naturaleza jurídica Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	Código actividad económica (reportado en RUT)
Caja de compensación familiar a la cual estuvo afiliado anteriormente	

### F. Medios de pago de la cuota monetaria

Comfama tiene establecidos varios medios de pago de la cuota monetaria y es el trabajador beneficiario quien debe elegirlo.

Declaro bajo gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos. Al empleador que suministre datos falsos se le aplicará la sanción establecida en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982 y las demás contempladas en la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012.

Indícanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye:

- Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extranjera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice análisis de administración de riesgos.
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biométrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera segura y confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible.  AUTORIZO  NO AUTORIZO  
La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web [www.comfama.com](http://www.comfama.com). La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail: [protecciondatospersonales@comfama.com.co](mailto:protecciondatospersonales@comfama.com.co), o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

Firma y sello del empleador o representante legal

Recibido Comfama

Ingresado por

Observaciones:

---



---



---



BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo		
		DD	MM	AAAA

- \* Antes de diligenciar este formato, lea cuidadosamente las instrucciones que se detallan en el respaldo de la copia.
- \* Favor diligenciar el formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- \* Favor no escribir en los espacios sombreados.

### A. Datos generales del empleador

Tipo de Empleador Jurídica <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/>	Número de NIT	D.V.	Razón Social	
Tipo de Identificación RC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	Nombres y Apellidos Completos		Fecha de Nacimiento
Dirección		Departamento	Ciudad/Municipio	Barrio
Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Fax	Correo Electrónico	
		Código Postal		

### B. Datos de dirección envío de correspondencia

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Barrio	Código Postal
Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Fax	Correo Electrónico	
Departamento donde causan los salarios:		Ciudad/Municipio donde causan los salarios:		

### C. Datos del representante legal

Tipo de Identificación RC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
--	--------------------------	-----------------	------------------	---------------	----------------	---------------------	---

### D. Datos del contacto administrativo

Tipo de Identificación RC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Cargo	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico				

### E. Datos específicos del empleador

Naturaleza jurídica Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	Código actividad económica (reportado en RUT)
Caja de compensación familiar a la cual estuvo afiliado anteriormente	

### F. Medios de pago de la cuota monetaria

Comfama tiene establecidos varios medios de pago de la cuota monetaria y es el trabajador beneficiario quien debe elegirlo.

Declaro bajo gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos. Al empleador que suministre datos falsos se le aplicará la sanción establecida en el artículo 45 de la Ley 21 de 1982 y las demás contempladas en la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012.

Indícanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye:

- Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extranjera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice análisis de administración de riesgos.
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biométrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera segura y confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible.  AUTORIZO  NO AUTORIZO  
La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web [www.comfama.com](http://www.comfama.com). La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail: [protecciondatospersonales@comfama.com.co](mailto:protecciondatospersonales@comfama.com.co), o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

Firma y sello del empleador o representante legal

Recibido Comfama

Ingresado por

Observaciones:

---



---



---

# Información para el diligenciamiento del formulario Solicitud de Afiliación Empleador

## A. Datos generales del empleador

- Seleccione el tipo de empleador.
- En el caso de persona jurídica, escriba:
  - El NIT del empleador
  - El dígito de verificación (D.V.)
  - La razón social del empleador
- En el caso de persona natural, escriba:
  - El número de identificación (RC – TI – CC – PA)
  - Los nombres y los apellidos.
  - La fecha de nacimiento del empleador (AAAA/MM/DD)
  - Marque el género del empleador
- Escriba la dirección completa, el departamento, la ciudad/municipio y el código postal donde se desarrolla la actividad de la empresa.
- Registre los números de teléfono fijo, celular, fax y el correo electrónico del empleador.

## B. Datos de dirección de envío de correspondencia

- Escriba la dirección completa, el departamento, la ciudad/municipio y el código postal donde desea que Comfama le envíe la correspondencia.
- Registre los números de teléfono fijo, celular y fax.
- Registre el correo electrónico, si lo tiene.

El Código Postal lo puede consultar en la siguiente página web: [www.codigopostal.gov.co](http://www.codigopostal.gov.co).

## C. Datos del representante legal

- Seleccione el tipo de identificación.
- Escriba el número del documento y los nombres y apellidos completos.
- Escriba la fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD).
- Seleccione el género .

## D. Datos del contacto administrativo

- Seleccione el tipo de identificación de la persona encargada por el empleador para el manejo del subsidio familiar.
- Escriba el número del documento, los nombres y apellidos.
- Escriba la fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD).
- Seleccione el género.
- Registre los números de teléfono, celular y el correo electrónico, si lo tiene.

## E. Datos específicos del empleador

- Marque con una X si el empleador hace parte del sector privado, público o mixto.
- Registre la actividad económica (Código CIU) del empleador reportada en el RUT.
- Registre el nombre de la Caja de Compensación Familiar, a la que estuvo afiliado anteriormente.

## Documentos que se deben anexar a esta solicitud

### A. Si es persona natural

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del empleador. Si declara renta, debe presentar fotocopia del RUT.
- Nómina que incluya el detalle de los trabajadores y sus salarios.
- Certificado de paz y salvo en caso de haber estado afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.

### B. Si es persona jurídica

- Certificado de existencia y representación legal o personería jurídica vigente. Si el empleador es consorcio o unión temporal, deben presentar el acta del acuerdo de conformación.
- Nómina con el detalle de los trabajadores y sus salarios.
- Certificado de paz y salvo, en caso de haber estado afiliado a otra Caja de Compensación Familiar.