



SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE EMPLEADOR

CÓDIGO: FT-AR-01

VERSIÓN: 07

FECHA: 29 de abril de 2026

Nota: Antes de diligenciar este formulario, lea cuidadosamente las instrucciones al respaldo.

TIPO DE PERSONA

NATURAL

JURÍDICA

SOLICITA AFILIACIÓN A COMFIAR POR PRIMERA VEZ

SI

NO

NO

PARTE ①

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO | DV | FECHA DE CONSTITUCIÓN | ACTIVIDAD ECONÓMICA | CÓDIGO CIU | | |
|---|---|--|---|---|----------------------|--------|--------------------|
| NIT. <input type="text"/> C.C. <input type="text"/> C.E. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | DA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL | | | BARRIO | MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | | |
| CORREO ELECTRÓNICO PRINCIPAL | | | TELÉFONO | CELULAR | | | |
| DIRECCIÓN ENVÍO DE CORRESPONDENCIA | | | BARRIO | MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | | |
| CORREO ELECTRÓNICO ENVÍO DE CORRESPONDENCIA | | | TELÉFONO | CELULAR | | | |
| TIPO DE EMPLEADOR | EMPRESA UNIPERSONAL | ENTIDAD OFICIALES | SOCIEDAD DE HECHO | | | | |
| <input type="checkbox"/> | EMPRESA ASOCIATIVA DE TRABAJO | SOCIEDAD EN COMANDITA | ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO | | | | |
| <input type="checkbox"/> | SOCIEDAD LIMITADA | SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS SAS | CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL | | | | |
| <input type="checkbox"/> | SOCIEDAD ANÓNIMA | SUCURSAL DE SOCIEDAD EXTRANJERA | EMPLEADOR DEL SERVICIO DOMÉSTICO | | | | |
| <input type="checkbox"/> | SOCIEDAD COLECTIVA | SOCIEDADES DE ECONOMÍA MIXTA | OTRO, CUÁL? <input type="text"/> | | | | |
| SECTOR | <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO | <input type="checkbox"/> MIXTO | <input type="checkbox"/> ORGANISMOS MULTILATERALES | <input type="checkbox"/> RO, CUÁL? <input type="text"/> | | | |
| CLASE DE APORTANTE | <input type="checkbox"/> DE 200 COTIZANTES | <input type="checkbox"/> JOS DE 200 COTIZANTES | <input type="checkbox"/> NEFIARIO Ley 1429 DE 2010 | Nº. CTO | VALOR | TIEMPO | MUNICIPAL O DPTAL. |

PARTE ②

DATOS SOBRE NOMINA 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 demás los verificados por descansos remunerados de Ley y convencionales o contractuales Artículo 17 Ley 21 de 1982.

| ZONA DE TRABAJO | ARAUCA | ARAUQUITA | SARAVENA | FORTÚL | TAME | PUERTO RONDON | CRAVO NORTE |
|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NÚMERO DE TRABAJADORES | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| TOTAL TRABAJADORES CON PERSONAS A CARGO | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES | DA <input type="text"/> | MES <input type="text"/> | AÑO <input type="text"/> | VALOR NOMINA | | | |

PARTE ③

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

| NOMBRE | TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR |
|----------------------|--|----------------------|---------------------------|
| <input type="text"/> | NIT <input type="text"/> C.C. <input type="text"/> C.E. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

PARTE ④

DATOS DE LA PERSONA CONTACTO EN LA EMPRESA

| NOMBRE | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO |
|----------------------|---------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

El suscrito _____ con cédula de ciudadanía número _____ en mi condición de representante legal o en mi nombre propio como persona natural, solicito a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ARAUCA COMFIAR, la afiliación de la empresa que represento y si fuera aceptada me comprometo a cumplir y respetar los estatutos y reglamentos de COMFIAR, así como las disposiciones legales que se refieren al subsidio familiar. Acepto de antemano que la violación por parte de la empresa en cualquiera de estas normas dará derecho a COMFIAR para ordenar la expulsión de la empresa afiliada. La responsabilidad en cuanto al subsidio familiar, queda limitada para la Corporación desde el momento de la afiliación y pago de los aportes por parte del empleador, hasta que la empresa sea desafiliada por cualquier motivo.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

A) Autorizo expresamente, de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Arauca – COMFIAR, identificada con NIT 800.219.488-4, entidad que presta diversos servicios tales como subsidios, educación, recreación, deportes, cultura, turismo, créditos, así como servicios de empleo a través de su Agencia de Gestión y Colocación de Empleo y del Fondo de Solidaridad, Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSPEC), para que, en desarrollo de sus funciones, proceda a recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos suministrados por mí.

En caso de que COMFIAR requiera recolectar o tratar datos sensibles (como información relacionada con salud, datos biométricos, orientación sexual, origen étnico o cualquier otro definido por la ley como sensible), se informa que su suministro es facultativo, no obligatorio, y que dichos datos serán tratados únicamente cuando resulten necesarios para las finalidades legítimas de COMFIAR, garantizando la confidencialidad y seguridad.

Para el tratamiento de datos personales de niños, niñas, jóvenes y adolescentes, COMFIAR garantiza el respeto de sus derechos prevalentes. Dicho tratamiento se efectuará únicamente cuando responda a su interés superior y cuente con la autorización expresa del padre, madre o acudiente responsable, conforme a la Ley 1581 de 2012 y normas complementarias. Todo el tratamiento de datos personales se realizará conforme a la Política de Protección de Datos Personales de COMFIAR, disponible en www.comfiar.com.co

SI _____ NO _____

COMFIAR informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones de la Política de Protección de Datos Personales en el enlace www.comfiar.com.co, y elevar cualquier solicitud, consulta, queja o reclamo a través de los siguientes canales

- Líneas de servicio al cliente: (607) 885 8000 - Línea gratuita 01-8000-945457
- Correo electrónico: protecciondatospersonales@comfiar.com.co
- Personalmente en cualquiera de las sedes de COMFIAR.

B) AUTORIZO a la Caja de Compensación Familiar de Arauca – COMFIAR a enviarme información relacionada con programas y servicios, actividades institucionales, campañas, promociones o comunicaciones de carácter comercial o publicitario, así como invitaciones, evaluaciones del servicio y estudios de mercado, a través de mis datos de contacto.

De igual manera, autorizo recibir notificaciones electrónicas de carácter administrativo u oficial por parte de COMFIAR, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1437 de 2011, la Ley 527 de 1999 y la Ley 1581 de 2012, reconociendo la validez jurídica de las comunicaciones enviadas mediante correo electrónico u otros medios digitales. SI _____ NO _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA NATURAL



Vigilado Supersubsidio



ESPACIO EXCLUSIVO PARA COMFIAR

OBSERVACIONES:

SELLO DE RADICADO

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

GUIA PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

Antes de diligenciar el formulario, lea cuidadosamente las siguientes instrucciones

El formato lo puede diligenciar en PC o en letra impresa en forma completa, sin tachones ni enmendaduras

Natural: Marque una X si es una empresa personal natural

Jurídica: Marque una X si es una empresa persona Jurídica

Si la empresa natural o jurídica se afilia por primera vez marque una X en SI, en caso de que ya tenga trayectoria de vinculación marque una X en NO

PARTE 1. DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Escriba el nombre o razón social completa de la empresa

TIPO DE IDENTIFICACION Si es NIT marque una X en NIT, si es Cédula marque una X en C.C., si es cédula de extranjería marque una X en C.E.

NIT o C.C. Escriba el NIT o número de cédula del empleador incluyendo el dígito de verificación

FECHA DE CONSTITUCIÓN: Indique la fecha de la constitución de la empresa, que la encontrará en la Cámara de Comercio, para el caso de la empresa personal natural si la tiene

ACTIVIDAD ECONOMICA: Describa brevemente la actividad económica de la empresa y el respectivo Código CIIU, información que encontrará en el Registro Único Tributario - RUT

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: Escriba la dirección de ubicación de la empresa

BARRIO: Escriba el barrio de la dirección de ubicación de la empresa

MUNICIPIO: Escriba el nombre del municipio donde se encuentra ubicada la empresa

DEPARTAMENTO: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la empresa

CORREO ELECTRÓNICO: Escriba el correo de la empresa donde podamos enviar diferentes comunicaciones o publicidad de interés de la Corporación

TELÉFONO: Escriba número de teléfono de la empresa

CELULAR: Escriba número de celular de la empresa si lo tiene

DIRECCION ENVIO DE CORRESPONDENCIA: En caso de que tenga otra dirección de ubicación para envío de correspondencia, escríbala en este campo

BARRIO: Escriba el barrio de la dirección de ubicación para envío de correspondencia

MUNICIPIO: Escriba el municipio de la dirección de ubicación para envío de correspondencia

DEPARTAMENTO: Escriba el nombre del departamento donde se encuentra ubicada la empresa

CORREO ELECTRONICO: Escriba el correo de la empresa donde podamos enviar diferentes comunicaciones o publicidad de interés de la Corporación

CELULAR: Escriba número de celular de la persona con la que se pueda confirmar los datos que se encuentren diligenciados en este formulario

TELÉFONO: Escriba número de teléfono de la persona con la que se pueda confirmar los datos que se encuentren diligenciados en este formulario

TIPO DE EMPLEADOR: Marque con una X para saber que tipo de empresa

SECTOR: Marque con una X el sector al que pertenece la empresa

CLASE DE APORTANTE: Marque con una X la clase de aportante al que pertenece la empresa

INFORMACIÓN DEL CONTRATO: Registre el número del contrato, valor, tiempo en meses y si es municipal o departamental.

PARTE 2. DATOS DE LA NOMINA MENSUAL

ZONA DE TRABAJO: Marque con una X para indicar el municipio donde se encuentran desarrollando las actividades los trabajadores, en caso de que sea en más de un municipio márkuelos

NUMERO DE TRABAJADORES: Indicar cuantos trabajadores van a vincular, esta información debe ser la misma que se encuentra en la nómina o relación de trabajadores

TRABAJADORES QUE DEVENGUEN MENOS DE 4 SALARIOS MINIMOS: Indicar el número total de hijos de los trabajadores con esta características

FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES: Escriba la fecha a partir de cuando va a generar nómina la empresa

VALOR NÓMINA: Escriba el valor de la suma de los salarios de los trabajadores, esta información debe ser la misma que se encuentra en la nómina o relación de trabajadores que se adjunta

PARTE 3. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE : Escriba el nombre completo del representante Legal

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: Marque con una X el tipo de identificación

NUMERO: Registre el numero de cédula del representante legal

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR: Registre el número de teléfono fijo y/o celular

PARTE 4. DATOS DE LA PERSONA CONTACTO EN LA EMPRESA

NOMBRE: Escriba el nombre completo de la persona con la que se puede tener contacto sobre los pagos de aportes parafiscales y novedades de los trabajadores

TELEFONO FIJO/CELULAR: Registre el número de teléfono fijo y/o celular de la persona con la que se puede tener contacto sobre los pagos de aportes parafiscales y novedades de los trabajadores

CORREO ELECTRÓNICO: Escriba el correo electrónico de la persona para contacto con la empresa

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA AFILIACION

IMPORTANTE: Los documentos que se anexan como soporte deben ser legibles, sin enmendaduras ni tachones y en buen estado

A. PERSONA NATURAL

1. Diligenciar formulario de solicitud de afiliación de empleador
2. Fotocopia de la Cédula del empleador (ampliada al 150%), si es declarante, fotocopia del RUT (Registro Único Tributario)
3. Relación con el detalle de los trabajadores y sus salarios
4. Certificado de paz y salvo, en caso de afiliación anterior a una Caja de Compensación Familiar, del departamento de Arauca

B. PERSONAL JURIDICA

1. Diligenciar formulario de solicitud de afiliación de empleador
2. Fotocopia de la Cédula del representante Legal (ampliada al 150%), si es declarante, fotocopia del RUT (Registro Único Tributario)
3. Certificado de existencia y representación Legal con vigencia no superior a (3) meses y
3. Relación de los trabajadores y sus respectivos salarios
4. Certificado de paz y salvo, en caso de afiliación anterior a una Caja de Compensación Familiar

Nota: Para el caso de la afiliación de empresas contratistas (Unión Temporal y/o Consorcios), deben anexar fotocopia del contrato y RUT,(sin son personas Jurídicas)