

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

1. Tipo de Empleador <input type="checkbox"/> Persona Jurídica <input type="checkbox"/> Persona Natural <input type="checkbox"/> Empleador de Trabajador Doméstico			2. Tipo de Novedad (Diligenciar únicamente si está o ha estado afiliado como empleador en Comfenalco Valle) <input type="checkbox"/> Reactivación <input type="checkbox"/> Nueva Sucursal			
3. Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.		4. Número Id.	5. DV	6. Nombre Empleador		
7. Clase de Empresa (Únicamente para persona jurídica) <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta		8. Fecha inicio operaciones Año Mes Día	9. Actividad Económica (CIIU)	10. Valor Nómina (Únicamente Valle del Cauca)	11. No. de Empleados (Únicamente Valle del Cauca)	12. Primer período aportes Mes Año
13. Dirección Empleador			Barrio	Ciudad	Departamento	
14. Dirección Alternativa y/o Nueva Sucursal			Barrio	Ciudad	Departamento	
15. Teléfono	16. Teléfono Opcional / Celular		17. Correo Electrónico (Recuerde que a través de esta dirección estaremos en contacto con usted)			
18. Página Web			19. Estuvo o está afiliado como empleador a una Caja de Compensación en Valle del Cauca? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cuál?			

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL**

20. Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Número Id.	21. Teléfono celular	22. Fecha de nacimiento Año Mes Día	Cargo		

**INFORMACIÓN DEL PERSONAL DIRECTIVO Y/O ADMINISTRATIVO**

23. (Gerente, Gestión Humana, Mercadeo, Afiliaciones, entre otros)				
TD.	Número ID	Nombre y Apellido	Cargo	Correo Electrónico

**INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA JURÍDICA**

24. Tiene Fondo de Empleados? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre		Nit.	Teléfono	
25. Tiene Sindicato de Trabajadores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre		Nit.	Central Obrera	

Con mi firma que aparece dentro del presente documento de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca – COMFENALCO VALLE DELAGENTE, el tratamiento de mis datos personales y los datos personales del personal directivo y/o administrativo y en general de mis trabajadores y sus respectivos cónyuge o compañero(a) permanente y beneficiarios, que con ocasión del proceso de afiliación aportaré para que sean almacenados, usados, puestos en circulación, etc., a efectos de vincularlos como afiliados a COMFENALCO VALLE DELAGENTE, para lo cual declaro bajo la gravedad de juramento que, actuando como empleador y/o representante legal, de parte de ellos cuento con su autorización previa expresa e informada para el tratamiento de los datos personales de que trata el artículo 9° de la Ley 1581 de 2012.

Así mismo, se me ha informado que los datos personales que suministro serán tratados conforme a la Política de Tratamiento de la Información que COMFENALCO VALLE DELAGENTE ha adoptado y publicado en su página web [www.comfenalcovalle.com.co](http://www.comfenalcovalle.com.co), la que declaro conocer y haber puesto en conocimiento de mis trabajadores, cónyuge o compañero(a) permanente y beneficiarios, junto con el canal para el ejercicio de los derechos que como Titulares les asiste, esto es, ÚNICAMENTE a través del correo electrónico [servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co](mailto:servicioalcliente@comfenalcovalle.com.co), líneas telefónicas 8862727 - 018000938585, diligenciando los formatos de los buzones de sugerencias y de manera presencial en las sedes de la corporación, enviando comunicación escrita a la dirección calle 5 No. 6-63 en la ciudad de Santiago de Cali (Valle del Cauca).

**DECLARACIÓN JURAMENTADA**

En calidad de empleador y/o representante legal declaro que la información registrada en este formulario es cierta y tiene por objeto solicitar la afiliación a Caja de Compensación Comfenalco Valle delagente. En caso de ser aceptados como afiliados nos comprometemos a cumplir y respetar la legislación del Subsidio Familiar, al igual que los estatutos y reglamentos de Comfenalco Valle delagente. Cualquier falsedad u omisión voluntaria conlleva a la anulación de esta solicitud.

Firma del Empleador y/o Representante Legal

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA COMFENALCO VALLE**

Observaciones:

Nombre Ejecutivo / Asesor - Código

Firma y sello radicación Comfenalco Valle

**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA**  
**COMFENALCO VALLE DEL AGENTE**  
**Instrucción para diligenciar este formulario**  
**(FORMULARIO DE AFILIACIÓN PATRONAL)**  
**NIT. 890.303.093-5**

Marque con una X según la respuesta correspondiente a la información solicitada

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

1. Tipo de Empleador:

Persona Jurídica: Si es una empresa que ejerce derechos y cumple obligaciones a nombre de ésta.

Persona Natural: Si es una persona humana que ejerce derechos y cumple obligaciones a título personal.

Empleador Domestico: Si es una persona humana que tiene a cargo trabajador(es) de servicio domestico.

2. Tipo de Novedad: Diligenciar únicamente si esta o ha estado afiliado como empleador en Comfenalco Valle.

Reactivación: Si ha estado afiliado como empleador en Comfenalco Valle con anterioridad.

Nueva sucursal : Si esta afiliado a Comfenalco Valle y requiere crear una nueva sucursal.

3. Tipo Identificación: Indique el tipo de documento con el que se identifica el empleador.

NIT: Numero de identificación Tributaria

C.C.: Cedula de Ciudadanía

C.E.: Cedula de Extranjería

4. Numero Id: Escriba el número de identificación.

5. DV: Escriba el digito de verificación asignado en la identificación tributaria.

6. Nombre Empleador: Escriba el nombre del empleador como figura en el documento de identificación de la persona jurídica o natural.

7. Actividad Económica: Diligencie únicamente si es persona Jurídica:

Publica: Si la empresa funciona con fondos oficiales del Estado

Privada: Si la empresa funciona con patrimonio particular

Mixta: Si la empresa funciona con aportes estatales y de capital privado.

8. Fecha Inicio de Operaciones: Escriba año, mes y día en el que inicio obligaciones como empleador.

9. Actividad económica: Escriba el código de la actividad Económica (CIU). Si es empleador domestico el código es 9700.

10. Valor Nomina Mensual: Escriba el valor de la nomina mensual causada en el Valle del Cauca.

11. No. de Empleados: Escriba el numero de empleados a afiliar en el Valle del Cauca.

12. Primer periodo de aportes: Escriba en números el mes y año de la primera nomina por la que pagara aportes a Comfenalco Valle.

13. Dirección Empleador: Escriba la dirección del empleador, indicando Barrio, Ciudad y Departamento.

14. Dirección Alterna: Escriba otra dirección de contacto o de la nueva sucursal. Preferiblemente en el Valle del Cauca para aquellos empleadores con domicilio fuera del Departamento. Por favor indicar Barrio, Ciudad y Departamento.

15. Teléfono: Escriba el numero de Teléfono fijo del empleador.

16. Teléfono Celular: Escriba el numero de Teléfono Celular del empleador.

Es un gusto para Comfenalco Valle del agente que nos haya escogido como su Caja de Compensación.

17. Correo Electrónico: Escriba el Correo Electrónico del empleador.

18. Pagina Web: Escriba la dirección electrónica de la Pagina Web de la empresa.

19. Estuvo o esta afiliado como empleador a una Caja de Compensación en Valle del Cauca?

SI: Marque con X en caso afirmativo y escriba el nombre de la Caja de Compensación.

NO: Marque con X en caso de no haber estado afiliado en caja de Compensación en Valle del Cauca

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL**

20. Tipo Identificación: Indique el tipo de documento con el que se identifica el representante legal del empleador.

C.C.: Cedula de Ciudadanía

C.E.: Cedula de Extranjería

OTRO: Escriba el nombre del documento con que se identifica

Escriba el numero de identificación, nombre(s), apellido(s) y cargo del representante legal.

21. Teléfono Celular: Escriba el numero de teléfono celular del representante legal.

22. Fecha de nacimiento: Escriba el día, mes y año de nacimiento del representante legal.

**INFORMACIÓN PERSONAL DIRECTIVO Y/O ADMINISTRATIVO**

23. Escriba la información del personal directivo y/o administrativo de la empresa, como Gerente general, gestión humana, Mercadeo, Afiliaciones, entre otros.

TD: Escriba en tipo de documento las iniciales según corresponda (CC: Cedula de ciudadanía, CE: Cedula de extranjería, PA: Pasaporte).

Numero Id: Escriba el número de identificación.

Nombre y Apellido: Escriba nombres y apellidos como figuran en el documento de identidad.

Cargo: Escriba el nombre del cargo que desempeña.

Correo electrónico: Escriba el correo electrónico.

**INFORMACIÓN ADICIONAL PERSONA JURÍDICA**

24. Tiene Fondo de empleados?:

SI: Marque con X en caso afirmativo y escriba el nombre, NIT y Numero telefónico del fondo de empleados.

NO: Marque con X en caso de no tener fondo de empleados.

25. Tiene Sindicato de trabajadores?:

SI: Marque con X en caso afirmativo y escriba el Nombre, NIT (Numero de identificación tributaria) y el Nombre de la Central Obrera a la que esta afiliado el Sindicato de trabajadores.

NO: Marque con X en caso de no tener Sindicato de Trabajadores.