

FORMULARIO AFILIACION DE EMPLEADORES



CAJASAI
Caja de Compensación Familiar de
San Andrés y Providencia Islas

| | | |
|-----|-----|-----|
| DIA | MES | AÑO |
| | | |

CODIGO INTERNO

DATOS DE LA EMPRESA / NOMBRE DEL EMPLEADOR

| | | | | |
|--------------------------|--|--|--|-------------------|
| NIT | C.C. | C.E. | No. DE DOCUMENTO | RAZON SOCIAL |
| | | | | |
| SIGLA O NOMBRE COMERCIAL | | | TIPO DE PERSONA | |
| | | | JURIDICA <input type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> | |
| NATURALEZA | OFICIAL <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> | MIXTA <input type="checkbox"/> O.N.G <input type="checkbox"/> | ACTIVIDAD ECONOMICA: | CODIGO ACTIVIDAD: |

| | | |
|--------------------------|------------|---------------------|
| DIRECCION DE LA EMPRESA: | TELEFONOS: | CORREO ELECTRONICO: |
| | | |

| | | | |
|---------------------------------|---------------------|--------------|--------------------|
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: | NUMERO DE DOCUMENTO | TELEFONOS | CORREO ELECTRONICO |
| | | FIJO CEL. | |

TIPO DE SOCIEDAD

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANONIMA | <input type="checkbox"/> PERSONA NATURAL | <input type="checkbox"/> COOPERATIVA |
| <input type="checkbox"/> SOCIEDAD LIMITADA | <input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANONIMA SIMPLIFICADA S.A.S | <input type="checkbox"/> SOCIEDAD EN COMANDITA |
| <input type="checkbox"/> SOCIEDAD COLECTIVA | <input type="checkbox"/> SERVICIO DOMESTICO | <input type="checkbox"/> OTRO CUAL? |
| <input type="checkbox"/> EMPRESA UNIPERSONAL | <input type="checkbox"/> SOCIEDAD DE ECONOMIA MIXTA | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|-----|-----|
| NUMERO DE TRABAJADORES : | VALOR TOTAL DE LA NOMINA: \$ | AÑO | MES |
| | | | |

Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a CAJASAI para tratar mis datos personales, con finalidad principal de ejecución y comercialización de los bienes y servicios que presta el Responsable del Tratamiento, así como el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos.

AUTORIZACION DE ENVIO DE INFORMACION: CORREO ELECTRONICO SI NO MENSAJE DE TEXTO SI NO

El suscrito _____ en mi carácter de representante legal de _____, solicito a la Caja de Compensación Familiar de San andrés y Providencia islas, "CAJASAI" la afiliación, y si esta fuera aceptada me comprometo a cumplir con todos los reglamentos y estatutos de la Corporación y las disposiciones legales referentes al Subsidio Familiar;entendiendo que la violación por parte del empleador de cualquiera de estas normas darán derecho a Cajasai para ordenar la expulsión.

La responsabilidad en cuanto al Subsidio Familiar queda limitada para la Caja desde el momento de la afiliación y pago de los aportes del empleador hasta que la empresa sea desafiliada por cualquier motivo que de derecho a ello.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

| | |
|------------------------------------|--|
| USO EXCLUSIVO DE LA CAJA | REQUISITOS |
| OBSERVACIONES: | <ul style="list-style-type: none"> • CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL EXPEDIDO POR LA CAMARA DE COMERCIO • COPIA ESCRITURA DE CONSTITUCION DE LA EMPRESA Y/O RESOLUCION QUE ACREDITE LA PERSONERIA JURIDICA, CUANDO SEA EL CASO • FOTOCOPIA DE LA CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL • FOTOCOPIA REGISTRO UNICO TRIBUTARIO (RUT) • FOTOCOPIA DE LA ULTIMA NOMINA FIRMADA POR EL RESPONSABLE |
| RADICACION OFICINA DE APORTES | |
| APROBACION DIRECTOR ADMINISTRATIVO | |