

PAIES INFORMATISEES

FICHE D'INFORMATISATION - COLLECTIVITE

Nom de la collectivité :

Adresse et coordonnées

Adresse de la collectivité :

Numéro de Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro de Télécopie :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Heures et jours d'ouverture (à préciser) :
.....
.....

Adresse courriel pour les échanges avec le service Paies et le service de la collectivité gérant les salaires :
.....

Espace sécurisé - informations nécessaires

Pour pouvoir vous connecter à l'espace sécurisé (*espace électronique sécurisé de dépôt des fichiers dématérialisés des données de paye mis à disposition par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Gironde*), compléter les informations ci-dessous :

Adresse courriel pour la création de l'identifiant nécessaire (*adresse courriel à préciser si différente de celle utilisée dans le cadre des échanges avec le service Rémunérations / Chômage*) :
.....

Nom et prénom de la personne en charge dans la collectivité de l'accès à l'espace sécurisé :
.....

Numéros identifiants de la collectivité et cotisations particulières

Numéro SIRET :

Numéro URSSAF :

Code APE (*Activité Principale exercée*) :

Numéro contrat CNRACL :

Numéro contrat RAFP :

Numéro contrat IRCANTEC :

Numéro contrat FNC :

Numéro d'agrément (*si gestion "services à la personne"*) :

Si une convention de gestion a été signée avec Pôle Emploi pour les agents non titulaires :

Numéro affiliation POLE EMPLOI :

Numéro de la convention de gestion :

Date d'adhésion:

Si la collectivité cotise au risque Accident du travail du Régime général :

Code Risque AT (*Accident du travail*) :

Taux Accident du travail (*à indiquer*) :

Autres cotisations à indiquer si la collectivité est concernée :

Taux Allocation transport (*si collectivité concernée*) :

Cotisations au C.D.G. 33 (*préciser le taux total ex : 0,80 + 0,30 = 1,10*) :

Cocher la case si la collectivité est concernée :

Cotisation au C.N.F.P.T. (*si au moins un agent à temps complet dans la collectivité*)

Complémentaires santé ou prévoyance (Mutuelles etc)

Indiquer, ci-dessous, la liste des différents organismes d'affiliation des agents de la collectivité pour la complémentaire santé ou prévoyance, en précisant les garanties souscrites (*santé, maintien de salaire etc*) ainsi que les taux de cotisation à appliquer s'il y a lieu.

	Taux PS	Taux PP
.....	,	,
.....	,	,
.....	,	,

Tranche démographique de la collectivité

Cocher la case correspondante :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 500 habitants | <input type="checkbox"/> De 10.000 à 20.000 habitants |
| <input type="checkbox"/> De 500 à 1.000 habitants | <input type="checkbox"/> De 20.000 à 40.000 habitants |
| <input type="checkbox"/> De 1.000 à 2.000 habitants | <input type="checkbox"/> De 40.000 à 80.000 habitants |
| <input type="checkbox"/> De 2.000 à 3.500 habitants | <input type="checkbox"/> De 80.000 à 150.000 habitants |
| <input type="checkbox"/> De 3.500 à 5.000 habitants | <input type="checkbox"/> De 150.000 à 400.000 habitants |
| <input type="checkbox"/> De 5.000 à 10.000 habitants | |

Surclassement (*si collectivité concernée*) : OUI NON **Date** (*si Oui*) : | | | | | | | |

Informations comptables

Nomenclature comptable de la collectivité (*exemple : M14, M49 etc*) :

Taille nature utilisée (*rayez la mention inutile*) : **4 chiffres**
ex: 6411 **5 chiffres**
ex : 64111

Fonctions (*rayez la mention inutile*) OUI NON

Services (*rayez la mention inutile*) OUI NON

Trésorerie (*coordonnées et adresse*) :
.....

Transmission des virements des salaires par HOPAYRA

Adhésion au règlement magnétique HOPAYRA (RMH) normes SEPA (*cocher la case*) OUI NON

Si Oui, indiquer ci-contre le code HOPAYRA attribué à votre collectivité (*5 caractères*) | | | | |

Remarque :

- En cas d'adhésion à HOPAYRA, le dépôt du fichier Paymen est effectué à la place de la collectivité par le service Rémunérations / Chômage sur le portail « Gestion Publique » de la DGFiP (*Direction Générale des Finances Publiques*).
- La collectivité doit demander le code HOPAYRA qui lui est attribué à son comptable public assignataire.

Important - Joindre obligatoirement à cette fiche :

- La copie du dernier bordereau de recouvrement des cotisations URSSAF
- La liste des services (*pour les collectivités concernées*)
- La copie de la délibération fixant le régime indemnitaire (*pour mise en place du paramétrage adapté*)

Date et Cachet de la collectivité :

Signature de l'autorité territoriale :

