

Número de Solicitud	Fecha		
	DD	MM	AA

A. Clase de Empleador

Tipo de Persona: Natural Jurídica Naturaleza Jurídica: Pública Privada Mixta

B. Datos Generales del Empleador

Tipo de Identificación: NIT CC CE TI Número de Identificación: _____ D.V. _____ Razón Social / Apellidos y Nombres _____ Razón Comercial _____

Departamento _____ Ciudad / Municipio _____ Barrio _____ Dirección _____

Teléfono Fijo _____ Celular _____ Fax _____ Correo Electrónico _____

C. Domicilio Casa Principal

Departamento _____ Ciudad / Municipio _____ Barrio _____ Dirección _____

Teléfono Fijo _____ Celular _____ Fax _____ Correo Electrónico _____

D. Datos Específicos

Fecha de inicio Actividad Económica: DD MM AA Código Actividad Económica (C.I.U.U.) _____ Municipio donde se causan los salarios _____

Número de Trabajadores _____ Valor Nómina Bolívar _____ Afiliación primera Vez Departamento de Bolívar SI NO

Caja de Compensación Anterior _____ Régimen de Aportes Ley 21/1982 SI NO ¿Cuál? Ley 590/2000 Ley 1429/2010 Otra ¿Cuál?: _____

E. Datos del Representante Legal

Tipo de Identificación: CE CC TI Número de identificación _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Teléfono Fijo _____ Celular _____ Fax _____ Correo Electrónico _____

F. Datos Contacto / Administrativo / Talento Humano

Tipo de Identificación: CE CC TI Número de identificación _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Teléfono Fijo _____ Celular _____ Fax _____ Correo Electrónico _____

G. Documentos que deben anexarse a esta solicitud

Todos los empleadores que soliciten afiliación a COMFAMILIAR CARTAGENA Y BOLÍVAR deben diligenciar este formulario en letra legible, autorizándola con firma del Representante Legal o la de su Delegado, adjuntando las correspondiente pruebas documentales requeridas de acuerdo a la clase de Empleador y conforme a la selección de requisitos del siguiente cuadro:

CLASE DE DOCUMENTO	CLASE DE EMPLEADOR				VALIDACIÓN COMFAMILIAR
	PERSONA NATURAL	PÚBLICA	PRIVADA	MIXTA	
Copia RUT (2 primeras páginas-ambas caras)	X	X	X	X	
Certificado de Existencia y Representación Legal, vigencia máxima 30 días		X	X	X	
Relación de trabajadores a cargo en Dpto. Bolívar con ingresos salariales, firmadas por competente	X	X	X	X	
Copia Documento de Identificación del Representante Legal	X	X	X	X	
Copia Acta de Posesión del Representante Legal		X		X	
Copia acto jurídico de creación		X			
PAZ Y SALVO de aporte para empleador con afiliación anterior a Caja en el Dpto. de Bolívar	X	X	X	X	
Este formulario de solicitud debidamente diligenciado y firmado por el Representante Legal o su Delegado	X	X	X	X	
OTROS (X) Cuales? Formularios Solicitud Afiliación de Trabajador Dependiente y Grupo Familiar	X	X	X	X	

NOTA: Las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo asociado agrupadas en Persona Jurídica Privada, adicionalmente deben allegar copia de la Resolución mediante la cual la autoridad competente autoriza el Régimen de Compensaciones y copia de los estatutos.

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria, y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la caja de compensación Comfamiliar Cartagena realice el tratamiento respectivo, consistiente en la colección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir, o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos actividades comerciales de la caja de compensación familiar, o en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la caja. Reconocimiento y pago de la cuota monetaria, notificar o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularla para fines publicitarios, y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Dicho tratamiento se podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la caja. Adicionalmente, entiendo que podre ejercer mis derechos de reconocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo en la caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su política de protección de datos, según lo reglamentado por las leyes 1266 de 2008, 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfamiliar Cartagena y Bolívar para que verifique los datos aquí suministrado y que en caso de falsedad se proceda de conformidad con la ley.

ESPACIO RESERVADO PARA COMFAMILIAR

Afiliación: _____
Asesor Asignado: _____

Firma y Sello del Empleador o Representante Legal

Fecha de Recibido: DD MM AA