

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.  C.C.  T.I.  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 S  NO  ¿Cuál? Ley 590/2000  Ley 1429/2010  Otra ¿Cuál? : \_\_\_\_\_

**E. Datos del Representante Legal**

Tipo de Identificación C.C.  C.E.  T.I.  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 C.C.  C.E.  T.I.  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 BOLIVAR deben diligenciar este formulario en letra legible, autorizándola con firma del Representante Legal o la de su Delegado, adjuntando las correspondientes 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	PUBLICA	PRIVADA	MIXTA	
Comunicación escrita con solicitud de la afiliación (Art. 139 del Decreto 0019 del 2012)	X	X	X	X	
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) Cuáles? 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, consistente 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 características de los servicios, procesos y/o 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 mercadeo, 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 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 suministrados y que en caso de falsedad se proceda de conformidad con la ley.

**ESPACIO RESERVADO PARA COMFAMILIAR**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Afilia: \_\_\_\_\_

Asesor Asignado: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Empleador o Representante Legal

Fecha de Recibido DD MM AA