

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

- Empleador
- Trabajador independiente
- Cooperativa de Trabajadores Asociados (CTA)
- Hogares Privados con Servicios Domesticos

AÑO	MES	DÍA
FECHA DE ELABORACIÓN		

AÑO	MES	DÍA
FECHA DE RECIBO		

FAVOR DILIGENCIAR EL FORMATO A MÁQUINA O EN LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA • NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBRADOS

INFORMACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR O INDEPENDIENTE

CÓDIGO DE LA EMPRESA	NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA				
PRINCIPAL <input type="checkbox"/>	NIT. O CÉDULA	DOMICILIO PRINCIPAL		CIUDAD O MUNICIPIO	
SUCURSAL <input type="checkbox"/>					
DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA LOCAL		BARRIO	CIUDAD O MUNICIPIO	TELÉFONO	CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO			CÓDIGO CIUU		
VALOR NÓMINA ÚLTIMO MES			FECHA DE CONSTITUCIÓN		
			AÑO	MES	DÍA
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN GENERAL DEL REPRESENTANTE LEGAL O INDEPENDIENTE

REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>	NOMBRE:	CÉDULA:
ADMINISTRADOR <input type="checkbox"/>		

TIPO DE EMPRESA

- | | |
|---|--|
| 1 PRIVADA <input type="checkbox"/> | 2 OFICIAL <input type="checkbox"/> |
| 3 OFICIAL CON DESTINACIÓN ESPECIAL (ESAP 1/2% - ESCUELA INDUSTRIAL E INSTITUTO TÉCNICO 1%) <input type="checkbox"/> | 4 MIXTA <input type="checkbox"/> |
| 5 MICRO, PEQUEÑA O MEDIANA EMPRESA (MIPYME) <input type="checkbox"/> | 6 INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> |

TIPO DE ACTIVIDAD

- | | |
|--|---|
| 1 RESPONSABILIDAD LTDA. <input type="checkbox"/> | 7 EN COMANDITA SIMPLE <input type="checkbox"/> |
| 2 COLECTIVA <input type="checkbox"/> | 8 DE HECHO <input type="checkbox"/> |
| 3 ANÓNIMA <input type="checkbox"/> | 9 EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> |
| 4 EN COMANDITA POR ACCIONES <input type="checkbox"/> | 10 S.A.S. <input type="checkbox"/> |
| 5 DE ECONOMÍA MIXTA <input type="checkbox"/> | 11 EMPRESA UNIPERSONAL <input type="checkbox"/> |
| 6 PERSONAL NATURAL <input type="checkbox"/> | 12 OTRA <input type="checkbox"/> |

ACTIVIDAD ECONÓMICA

- | | |
|--|--|
| 1 AGRICULTURA, GANADERÍA, CAZA, SILVICULTURA <input type="checkbox"/> | 11 ACTIVIDADES INMOBILIARIA, EMPRESARIAL Y DE ALQUILAR <input type="checkbox"/> |
| 2 PESCA <input type="checkbox"/> | 12 ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y DEFENSA: SEGURIDAD SOCIAL DE AFILIACIÓN OBLIGATORIA <input type="checkbox"/> |
| 3 EXPLOTACIÓN DE MINAS Y CANTERAS <input type="checkbox"/> | 13 EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> |
| 4 INDUSTRIA MANUFACTURERA <input type="checkbox"/> | 14 SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD <input type="checkbox"/> |
| 5 SUMINISTRO DE ELECTRICIDAD, GAS, AGUA VAPOR Y AGUA CALIENTE <input type="checkbox"/> | 15 OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS COMUNITARIOS SOCIALES Y PERSONALES <input type="checkbox"/> |
| 6 CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> | 16 HOGARES PRIVADOS CON SERVICIOS DOMÉSTICOS <input type="checkbox"/> |
| 7 COMERCIO AL POR MAYOR Y AL POR MENOR, REPARACIÓN DE VEHÍCULOS, MOTOCICLETAS, EFECTOS PERSONALES, ENSERES DOMÉSTICOS <input type="checkbox"/> | 17 ORGANIZACIONES ORGANOS EXTRATERRITORIALES <input type="checkbox"/> |
| 8 HOTELES Y RESTAURANTES <input type="checkbox"/> | 18 EMPRESAS TEMPORALES Y DE VIGILANCIA <input type="checkbox"/> |
| 9 TRANSPORTES, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES <input type="checkbox"/> | 19 OTRAS Y LAS NO ESPECÍFICAS <input type="checkbox"/> |
| 10 INTERMEDIACIÓN FINANCIERA <input type="checkbox"/> | |

DATOS DE LOS TRABAJADORES

¿A CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO ESTÁ AFILIADA ACTUALMENTE, O EN CUÁL ESTUVO SU EMPRESA?

No. TOTAL DE TRABAJADORES

No. DE PERSONAS A CARGO POR LOS CUALES RECIBIRÁN SUBSIDIO FAMILIAR

No. TOTAL DE TRABAJADORES QUE DEVENGAN MENOS DE CUATRO S.M.L.M.V.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL

DECLARAMOS QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES CIERTA Y CONTEMPLA LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA LEY 21 DE 1982, ARTICULO 14 AL 19. EN CASO DE SER ACEPTADOS, NOS COMPROMETEMOS A CUMPLIR LAS NORMAS REFERENTES AL SUBSIDIOS Y LOS REGLAMENTOS DE COMFAMILIAR ATLÁNTICO E INFORMAR POR ESCRITO NUESTRA DESAFILIACIÓN, LIQUIDACIÓN O CAMBIO DE RAZON SOCIAL.

RECIBIDO COMFAMILIAR ATLÁNTICO

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR

1. PERSONA JURÍDICA:

- CERTIFICADO DE EXISTENCIA LEGAL DE LA SOCIEDAD.
- SI ES ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO, FOTOCOPIA DE LA PERSONERÍA JURÍDICA.
- SI ESTUVO AFILIADO A OTRA CAJA DE COMPENSACIÓN, PRESENTE CERTIFICADO PAZ Y SALVO.
- PARA ENTIDADES OFICIALES Y MIXTAS, FOTOCOPIA ÚLTIMO PRESUPUESTO.
- RUT. **- CARTA DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
- FOTOCOPIA CÉDULA REPRESENTANTE LEGAL
- * ÚLTIMA NÓMINA MENSUAL DETALLADA FIRMADA POR LOS TRABAJADORES. (OPCIONAL)

2. PERSONA NATURAL:

- SI EJERCE ACTIVIDADES MERCANTILES: REGISTRO EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO.
- SI EJERCE OTRAS ACTIVIDADES: FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA.
- SI ESTUVO AFILIADO A OTRA CAJA DE COMPENSACIÓN PRESENTAR CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO. **- CARTA DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
- RUT, CERTIFICADO DE EXISTENCIA LEGAL
- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA REPRESENTANTE LEGAL
- * ÚLTIMA NÓMINA MENSUAL DETALLADA FIRMADA POR LOS TRABAJADORES. (OPCIONAL)

3. INDEPENDIENTES:

- CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN A UNA EPS QUE INDIQUE EL INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC). **- CARTA DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN**
- FOTOCOPIA DE CÉDULA DE CIUDADANÍA.

4. COOPERATIVA ASOCIADOS DE TRABAJO:

- COPIA DE LOS ESTATUTOS EN LOS QUE CONSTE LA FACULTAD PARA AFILIARSE A UNA CAJA DE COMPENSACIÓN.
- CERTIFICADO DE EXISTENCIA LEGAL
- SI ESTUVO AFILIADO A OTRA CAJA DE COMPENSACIÓN, PRESENTAR CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO.
- COPIA DE LA RESOLUCIÓN EMANADA POR EL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL POR MEDIO DEL CUAL APRUEBAN LOS REGIMENES DE COMPENSACIÓN Y DE TRABAJO ASOCIADO.
- RELACIÓN DE LOS COOPERADORES Y SUS BENEFICIADOS.
- RUT.
- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL.
- * ÚLTIMA NÓMINA MENSUAL DETALLADA FIRMADA POR LOS TRABAJADORES. (OPCIONAL)

5. HOGARES PRIVADOS CON SERVICIOS DOMESTICOS:

- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DEL EMPLEADOR.
- SI ESTUVO AFILIADO A OTRA CAJA DE COMPENSACIÓN PRESENTAR CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO.
- * ÚLTIMA NÓMINA MENSUAL DETALLADA FIRMADA POR EL EMPLEADOR. (OPCIONAL)

INFORMACIÓN DE INTERÉS

PERSONAS A CARGO	CONCEPTOS QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA PARA LA LIQUIDACIÓN DE APORTES
SE CONSIDERAN PERSONAS A CARGO AQUELLAS QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN SIEMPRE Y CUANDO DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR.	SUELDOS. BONIFICACIONES HABITUALES.
· HIJOS (LEGÍTIMOS, EXTRAMATRIMONIALES, HIJASTROS Y ADOPTIVOS HASTA LOS 18 AÑOS).	SALARIOS INTEGRAL (70%). RECARGO NOCTURNO.
· HERMANOS HUERFANOS DE PADRES HASTA LOS 18 AÑOS.	JORNALES. HORAS EXTRAS.
· PADRES, MAYORES DE 60 AÑOS QUE NO RECIBAN PENSIÓN.	PRIMAS EXTRALEGALES. DOMINICALES Y FESTIVOS.
· PADRES, MENORES DE 60 AÑOS SI SON LIMITADOS FÍSICOS O MENTALES.	· DE RENDIMIENTO. PAGOS POR UNIDAD DE TAREA DE OBRA O DESTAJO.
	· DE ALIMENTACIÓN. PORCENTAJES SOBRE VENTAS.
	· DE COSTO DE VIDA. COMISIONES A REPRESENTANTES O AGENTES VIAJEROS.
	· DE NAVIDAD. VIATICOS (MANUTENCIÓN, ALOJAMIENTO).
	· DE PRODUCCIÓN. SALARIO EN ESPECIE (ALIMENTACIÓN, VESTIDO, VIVIENDA).
	· DE CLIMA. (EXCEPTO SERVICIOS PROFESIONALES).
	· DE NAVEGACIÓN. VACACIONES.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAMILIAR

N

A

H

S

T

ACTA

FECHA DE APROBACIÓN

DÍA

MES

AÑO

Aviso de privacidad: La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO - COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica a los afiliados personas naturales y empleadores afiliados que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen de los diferentes subsidios a cargo de las Cajas de Compensación Familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de compensación familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de compensación familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera; los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación.

Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de compensación familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que la ley está en capacidad de ofertar esta Caja de Compensación Familiar.

COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y así prevenir los fraudes que afectan al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos que gestiona como Caja de Compensación Familiar. En cumplimiento de las funciones delegadas a las Cajas de Compensación Familiar estas podrán tratar datos personales vinculados al régimen de fomento al empleo - FOSFEC.

En atención al principio de legalidad esta Caja de Compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de compensación familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQRSF's, entre otras finalidades amparadas en un interés legítimo. Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura.

Así mismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de compensación familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centro de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica u otros. Así mismo para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registraduría Civil, entre otros; y con otras Cajas de Compensación Familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley.

El empleador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta Caja de Compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de compensación familiar.

Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: privacidad@comfamiliar.com.co o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el habeas data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: www.comfamiliar.com.co seleccionar política de privacidad o puede ser consultada en nuestra sede.

NOMBRE DEL EMPLEADOR Y/O AFILIADO

FIRMA DEL EMPLEADOR Y/O AFILIADO

Barranquilla,

Señores

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO

Asunto: Afiliación de aportante a Caja de Compensación Familiar

Cordial saludo,

Cumpliendo con los requisitos exigidos por la Caja de Compensación Familiar, por medio de la presenta carta solicito la afiliación.

Tipo de Solicitud _____

Identificación: _____

Nombre Completo Solicitante: _____

Valor Mensual de Ingresos: _____

Declaración de la Fuente de Ingresos: _____

Afiliación a otra Caja de Compensación: _____

Atentamente,

NOMBRE:

C.C.