

1. TIPO DE AFILIACIÓN**PERSONA JURÍDICA**Oficial ☐Privado ☐Institución Educativa ☐Precooperativa ☐Cooperativa ☐Asoc. Pensionado ☐Otros ☐**PERSONA NATURAL**Empleador servicio doméstico ☐**2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA O EMPLEADOR**

Fecha de Solicitud	Día:	Mes:	Año:	NIT. o Cédula:		
Nombre o razón social:						
Dirección Dpto. Atlántico:						
Barrio:	Tel. fijo:	Ext.:	Celular:			
e-mail:						
Dirección oficina principal:						
Ciudad:			Teléfono:			
Nombre del representante legal principal:			Cédula:			
Nombre del Dir. de Gestión Humana o persona de contacto:			Cédula:			
Cargo persona de contacto:		Ciudad donde se causan los salarios:				
Valor nómina mensual Barranquilla \$		Actividad económica DIAN:				
¿La empresa ha estado afiliada a otra Caja de Compensación en el Atlántico?	Si ☐	No ☐	¿Hasta que fecha?	Día	Mes	Año
	Cual:					
Fecha desde la cual solicita la afiliación a la Caja				Día	Mes	Año

3. INFORMACIÓN DE LOS EMPLEADOS EN BARRANQUILLA

Número de trabajadores que devengan más de 4 salarios mínimos en el Atlántico		Número de trabajadores que devengan menos de 4 salarios mínimos en el Atlántico	
Número total de trabajadores		Número de hijos de trabajadores que devengan menos de 4 salarios mínimos (menores de 19 años)	

* Todos los campos son obligatorios.

* Asegura que la información suministrada es verificable y que la empresa se compromete a continuar con el proceso de afiliación de sus trabajadores, una vez reciba la notificación de Combarranquilla.

Firma y sello de la empresa

Nombre:

Cargo:

REQUISITOS

1. Nómina o relación de los trabajadores que van a inscribir en el Atlántico.
2. Paz y Salvo válido para cambio de caja (si la empresa estuvo afiliada a otra Caja en Barranquilla)
3. Certificado de existencia y representación legal (no mayor a 30 días).
4. Fotocopia del Rut actualizado.
5. Fotocopia de la cédula representante legal principal.
6. Personería Jurídica (si la empresa es propiedad horizontal).
7. En caso de ser la empresa un consorcio anexar documento consorcial.

Para afiliación de empleada doméstica, anexar únicamente fotocopia de la cédula del empleador.

Ley de protección de datos

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar Combarranquilla realice el tratamiento respectivo, consistente en la recolección 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 podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. lo anterior, bajo el cumplimiento de su política de protección de datos, según lo reglamentado por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 del 2013 CC.