



NIT. 890.480.023-7
Zaragocilla Diagonal 30 No. 50-187
PBX: 693 8000
www.comfenalco.com

SOLICITUD DE AFILIACIÓN Y/O REACTIVACIÓN DE EMPLEADORES

AFILIACIÓN REACTIVACIÓN ACTUALIZACIÓN DE DATOS

* FECHA	DÍA	MES	AÑO
---------	-----	-----	-----

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		NIT <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>
		No.		
DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL			CIUDAD / DEPARTAMENTO	
* DIRECCIÓN OFICINA SUCURSAL			CIUDAD / DEPARTAMENTO	
E-MAIL	TELÉFONO	FAX	CELULAR	
REPRESENTANTE LEGAL		C.C.		
* REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE		C.C.	DIRECCIÓN	TELÉFONO
PERSONA CONTACTO CON LA CAJA	C.C.	CELULAR	E-MAIL	CARGO
ACTIVIDAD ECONÓMICA			CÓDIGO C.I.I.U.	
CLASE DE EMPLEADOR	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA	<input type="checkbox"/> ENTIDAD OFICIAL	<input type="checkbox"/> PEQUEÑA EMPRESA LEY 1429	
	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD LIMITADA	<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO PÚBLICO DEL ESTADO	<input type="checkbox"/> UT	
	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD COLECTIVA	<input type="checkbox"/> PRECOOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO	<input type="checkbox"/> OTRO	
	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD EN COMANDITA	<input type="checkbox"/> COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO	CÚAL? _____	
	<input type="checkbox"/> PERSONA NATURAL	<input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANONIMA SIMPLIFICADA		
No. TRABAJADORES EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR	VALOR TOTAL DE NÓMINA EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR	FECHA INICIO ACTIVIDADES	CAPITAL SOCIAL	FECHA DE CONSTITUCIÓN
SOLICITA AFILIACIÓN POR PRIMERA VEZ A UNA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		CAJA ANTERIOR		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
No es obligatorio para empresas fuera de Bolívar / Empleadores Domésticos				

El suscrito _____ Con _____ No. _____
Expedida en _____ En mi carácter de Representante Legal de _____
o en nombre propio, solicito a la Caja de Compensación Familiar de Fenalco - Andi - COMFENALCO, la afiliación y si fuere aceptada, me comprometo a cumplir y respetar todos los estatutos, resoluciones, reglamentos y normas de la mencionada Corporación, así como las disposiciones legales que se refieran al Subsidio Familiar, siendo entendido que violación por parte del empleador de cualquiera de estas normas dará derechos a la Caja para ordenar la expulsión.

La responsabilidad en cuanto al Subsidio Familiar queda limitada para la Caja, desde el momento de la afiliación y pago de los aportes por parte del empleador y presentación de las pruebas del caso por parte del trabajador, hasta la desafiliación por cualquier motivo.

He sido informado (a) por COMFENALCO CARTAGENA de lo siguiente: (i) Los datos suministrados en este documento serán tratados para los siguientes propósitos: Enviar o utilizar la información para fines contractuales, de atención al cliente, de marketing (Tales como análisis de consumos, trazabilidad de marca entre otros), Comerciales, (Tales como beneficios, promociones, descuentos, campañas vigentes, eventos promocionales, escritos, imágenes, mensajes de datos, marcas aliadas y programas de las marcas propias o de los aliados entre otros), actualizar datos y brindar información relevante; (ii) Es facultativo responder preguntas sobre datos sensibles o de menores de edad; (iii) Como titular de los datos y/o representante del menor, tengo los derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información o revocar esta autorización; (iv) En caso de no ser resuelta mi solicitud directamente, y subsidiariamente, tengo derecho a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio, acorde con la ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias; (v) Mis derechos y obligaciones, los puedo ejercer observando estrictamente la Política de Tratamiento de Información de COMFENALCO CARTAGENA disponible en www.comfenalco.com y (vi) El correo electrónico habeasdata@comfenalco.com
En virtud de lo anterior, autorizo de manera previa, expresa, informada e inequívoca a COMFENALCO CARTAGENA para que trate los datos que suministro en este documento para los fines señalados anteriormente. Adicionalmente, autorizo la transferencia internacional de mis datos.

Declaro que los datos de terceros, los suministro tras haber obtenido previamente su autorización y en virtud de mi relación de parentesco con ellos.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO

USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

OBSERVACIONES _____

* Campo no obligatorio para Afiliación de Empleadores.

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Entiéndase por nómina total, la suma de todo lo pagado a los trabajadores en dinero o en especie (alojamiento, alimentos, etc.), como remuneración por sus servicios o sueldos, jornales, primas de rendimiento, primas del costo de vida, bonificaciones o primas convencionales o habituales, inclusive los semestrales, (con exclusión de las semestrales legales) salvo que no se hayan pactado como salario, los pagos por unidades de tareas o a destajo, las comisiones, las sobre-remuneraciones por su cargo, valor de trabajo en días de descanso obligatorio, así como los estipendios, remuneraciones o salarios que se cubran a los socios industriales o capitalistas de los diversos tipos de sociedades de los trabajadores a afiliar.

Los empleadores que tengan más de un lugar de trabajo deben anexar la información correspondiente al nombre y localización de cada una de las sucursales. En el formulario solo se deben colocar los trabajadores a vincular la caja.

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR AL FORMULARIO

1. Copia del RUT.
2. Copia de la cédula del Representante Legal (Principal o Suplente) quien firme el formulario.
3. CONSTITUCIÓN
 - Certificado de existencia y representación legal, expedido por la Cámara de Comercio si se trata de sociedades.
 - Copia de la Persona Jurídica de las entidades que la requieren para poder actuar o prueba de la representación legal.
4. NÓMINA (puede presentar)
 - Copia de la última nómina mensual de los trabajadores a afiliar a la Caja de Compensación Comfenalco Cartagena.
 - Relación de trabajadores a afiliar a la Caja de Compensación Cartagena que contenga el nombre cédula y salario.
 - Cuando figuren trabajadores que hayan devengado menos del salario mínimo mensual: copia de contrato de trabajo indicando cuánto se gana y cual es el horario.
5. AFILIACIÓN ANTERIOR
 - Si está o ha estado afiliado a una Caja de Compensación Familiar del departamento de Bolívar, debe presentar Certificado de Paz y Salvo por todo concepto expedido por esa Caja, en el cual se indique la fecha de desafiliación.
6. Recibo de servicio público para validar dirección de envío de correspondencia. (Opcional)

Autorizo libre y voluntariamente a COMFENALCO CARTAGENA, como responsable del tratamiento de los datos, para la recolección, almacenamiento, uso, transmisión y/o transferencia de los datos personales suministrados en este formulario, con la finalidad de: (i) Uso de servicios de la caja de compensación, tales como, pero sin limitarse a: recreación, vivienda, turismo, deportes, cultura, educación formal, productos financieros, etc. (ii) Actividades de mercadeo, ventas y promocionales, telemarketing (mercadeo telefónico), servicio al cliente, actividades de activación de marca, premios y promociones, directamente o a través de terceros derivados de alianzas comerciales o de cualquier vínculo. (iii) Diligenciamiento de encuestas. (iv) Reporte a centrales de riesgo. (v) Transmitir o transferir la información a un tercero para que ejerza actividades que contribuyan al desarrollo de la operación diaria de la compañía, tales como, pero sin limitarse a: servicios de cobranza, realización de convenios, etc. (vi) Gestión de productos financieros adquiridos con la caja de compensación. (vii) Beneficio de subsidios que les aplique. (viii) Establecer de manera integral e histórica completa, el comportamiento que, como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. (ix) Realizar todas las gestiones de orden tributario, contable, fiscal y de facturación. Como Titular de los datos tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir y revocar la autorización, los cuales puedo ejercer a través del correo electrónico: protecciondatos@comfenalco.com, línea de atención telefónica: (605) 6938000 o en los Centros Integrales de Servicios al Cliente (CIS) que podrán ser consultados en la Política de tratamiento de datos personales (<https://www.comfenalco.com/>).

Acepto el tratamiento de datos personales

AUTORIZACION PARA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Autorizo expresamente para que mediante el correo electrónico: _____ COMFENALCO me notifique electrónicamente cualquier comunicación y aviso que este requiera comunicar. De igual forma, autorizó recibir dicha notificación a través de los medios que COMFENALCO disponga para ello como MSM, APP, Comfweb, Mensajes de voz.

Firma _____

Nombre _____

Cédula _____



Los mejores servicios sin salir de casa

Cancela todos tus servicios a través de www.comfenalco.com

FACILITAMOS TU día a día

Tu oficina virtual desde el trabajo para gestionar:

- Registro de afiliaciones y novedades
- Consulta de saldos y certificados

¡Descarga ya! tu APP en Google Play App Store

WhatsApp 320 578 0547

Redes Sociales [f](#) [t](#) [i](#) [y](#)

Chat Online: www.comfenalco.com