

***CAMPOS OBLIGATORIOS**

*Número de identificación

Tipo de Doc. NIT C.C.

*Razón social o apellidos y nombres

*Tipo de sector Privada Pública Mixta

Tipo de contribuyente Jurídico Natural *Actividad económica *División CIU *Código

*Valor de la nómina mensual \$ Número de trabajadores

Número de hijos menores de 18 años

*Dirección

*Dirección correspondencia

*Ciudad *Municipio *Corregimiento

*Barrio *Correo electrónico

*Teléfono *Celular

*Nombre del representante legal

*Tipo de Identificación C.C. C.E. Pasaporte Carné diplomático P.E.P. Visa

*Número de Identificación *Fecha de Nacimiento Año Mes Día

*Correo electrónico

*Nombre de contacto

*C.C. No.

Cargo *Fecha de Nacimiento Año Mes Día

Teléfono Ext. Celular

Correo electrónico

AVISO DE PRIVACIDAD. La CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR – CAJACOPI ATLANTICO, en adelante CAJACOPI, comunica a los afiliados personas naturales y empleadores afiliados que la información personal que se recolecta a través de estos formularios se hace por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen del subsidio familiar vigente en Colombia. Para dar cumplimiento a este régimen legal, es posible que durante la afiliación al sistema, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, CAJACOPI informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico los que se someterán a las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera. Se informa también que los datos personales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados de tratamiento, en centros de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios tales como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica. En atención al principio de legalidad, CAJACOPI tiene la obligación de suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de subsidio familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQR's, entre otras finalidades comprendidas en el interés legítimo de la Caja al ejecutar su objeto misional. Así mismo para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado y con otras Cajas de Compensación Familiar, agremiaciones u otras entidades inherentes al sistema.

Por su parte, el empleador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por CAJACOPI, 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 subsidio familiar. Entiende CAJACOPI que los datos del grupo familiar reportados por los trabajadores también han sido obtenidos con la previa autorización de los titulares de dichos datos. Para el ejercicio del Habeas Data, esto es, conocer, actualizar, rectificar su información, y cuando ello proceda, solicitar la cancelación de sus datos de las bases de datos de mercadeo, el titular o quien demuestre un legítimo interés, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: habeasdata@cajacopi.com.co o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección en la ciudad de Barranquilla: Cra. 46 No. 53-34. Para tal efecto deberá suministrar con precisión los datos y documentos requeridos con el fin de tramitar, atender y responder su solicitud. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: www.cajacopi.com o puede ser consultada físicamente en nuestras sedes.

<p>FIRMA REPRESENTANTE LEGAL</p>	<p>Autorización para el uso de la información</p> <p>FIRMA REPRESENTANTE LEGAL</p>	<p>Fecha radicación</p>
----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

Espacio exclusivo para cajacopi

Asesor:



Observaciones:

VIGILADO SuperSubsidio



DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTAR

JURÍDICA:

- Carta de Solicitud de afiliación a Cajacopi indicando fecha a partir de la cual desea afiliarse y aclarar en la misma carta que la empresa no se encuentra afiliada a ninguna Caja en el Dpto. del Atlántico y sus salarios son causados en el mismo departamento firmada por el representante legal.
- Certificado de existencia y representación legal expedido por entidad competente, si se trata de sociedades copia de personería Jurídica de las entidades que lo requieran.
- Resolución de Licencia de funcionamiento (Entidades Educativas)
- En caso de haber estado afiliado a otra Caja Paz y Salvo para cambio de Caja de Compensación Familiar.
- Fotocopia del RUT.
- Fotocopia de C.C. del Representante Legal al 150% (ambas Caras)
- Formulario de afiliación del trabajador (Completamente diligenciado)
- Para las Cooperativas se requiere los estatutos y la resolución del Ministerio de la Protección Social con la debida autorización.
- Las Asociaciones y Agremiaciones autorizadas para afiliar independientes al Sistema de Seguridad Social Integral, deberán aportar copia del permiso expedido por el Ministerio de Protección Social.

PERSONAS NATURALES

- Carta de Solicitud de afiliación a Cajacopi indicando fecha a partir de la cual desea afiliarse y aclarar en la misma carta que como persona natural no se encuentra afiliada a ninguna Caja en el Dpto. del Atlántico y sus salarios son causados en el mismo departamento firmada por el representante legal.
- Certificado de existencia y representación legal en casos de ejercer actividad comercial.
- En caso de haber estado afiliado a otra Caja Paz y Salvo para cambio de Caja de Compensación Familiar.
- Fotocopia del RUT.
- Fotocopia de C.C. del Representante Legal al 150% (ambas Caras)
- Formulario de afiliación del trabajador (Completamente diligenciado)

NOTA IMPORTANTE:

En caso de no tener trabajadores además de las novedades de retiro a través de la pila y/o planilla única se debe enviar comunicación solicitando la suspensión como empleador afiliado, con el fin de no generar la obligación de los aportes.

En caso de liquidación o terminación de empresa debe presentar certificado de cancelación expedido por la cámara de comercio.

Barranquilla,

Señores:

CCF CAJACOPI ATLANTICO

Atn: Coordinador de Afiliaciones

Ciudad.

REF. Afiliación a Caja de Compensación Familiar

Solicito a ustedes la afiliación a su Caja de Compensación Familiar en mi calidad de representante legal a partir del día_____ Mes _____ de la actual vigencia, fecha en la cual estamos generando la nómina correspondiente según relación contractual existente con los trabajadores a los que estamos afiliando a través del formulario de afiliación del trabajador que ustedes como caja tienen.

Igualmente informo que no estoy afiliado a ninguna Caja de Compensación Familiar en Barranquilla y los salarios serán cancelados en la misma.

También me comprometo a notificar a través de la Planilla o por escrito en el momento que deje de pagar aportes o quede sin trabajadores.

Atentamente

Representante Legal