



SOLICITUD AFILIACIÓN TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y/O FACULTATIVO Y GRUPO FAMILIAR

CÓDIGO: FT-AR-05

VERSION: 03

FECHA: 25-Septiembre-2016.

PORCENTAJE DE APORTE

0.6%

2%

PARTE ① DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TIPO DE IDENTIFICACIÓN		GÉNERO		F. DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL				
C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	DIA	MES	AÑO	SOLTERO (A) <input type="checkbox"/>	CASADO (A) <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	
NÚMERO							SEPARADO (A) <input type="checkbox"/>			VIUDO (A) <input type="checkbox"/>	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES			TELÉFONO FIJO			CELULAR			
CORREO ELECTRÓNICO			DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			BARRIO		CIUDAD		DEPARTAMENTO	
NIVEL DE ESTUDIOS				OCUPACIÓN U OFICIO				INGRESOS MENSUALES			
PRIMARIA		SECUNDARIA <input type="checkbox"/>		TÉCNICO <input type="checkbox"/>							
TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/>		UNIVERSITARIOS <input type="checkbox"/>		POST-GRADO <input type="checkbox"/>		EPS		AFP			

PARTE ② DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)

NOMBRES Y APELLIDOS				TIPO DE DOCUMENTO			NÚMERO			F. NACIMIENTO		GÉNERO	
				C.C. <input type="checkbox"/>			C.E. <input type="checkbox"/>			AÑO		M	
				T.I. <input type="checkbox"/>						DÍA		F <input type="checkbox"/>	
IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA EN LA CUAL TRABAJA													
NOMBRE DE LA EMPRESA													
NIT													
SALARIO O PROMEDIO MENSUAL													
OCUPACIÓN U OFICIO													
NOMBRE DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO													

PARTE ③ INSCRIPCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

NOMBRES COMPLETOS DE LOS HIJOS, PADRES O HERMANOS QUE CONVIVAN Y DEPENDAN ECONOMICAMENTE DEL TRABAJADOR			FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		PARENTESCO				DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
			AÑO	MES	DÍA	M	F	PADRE	MADRE	HERMANO	HUJANO	IDENTIFIQUE EL TIPO	
1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES										C.C. TIPO	T.I. R.C. C.E. NUMERO

PARTE ④ DECLARACIÓN JURAMENTADA Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro bajo la gravedad de juramento que esta información ha sido examinada por mi y que contiene una verdadera y completa relación de los hijos, cónyuge o compañero (a), padre (s). Me comprometo a pagar el ____% del valor de mi ingreso mensual a COMFIAR dentro del plazo establecido en la resolución 1670 del 17 de mayo de 2007, como aporte de mi afiliación. Acepto que mi afiliación no me da derecho al pago de Subsidio Familiar en dinero.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo en los términos de la Ley 1581 de 2012 de manera libre, previa y voluntaria a la Caja de Compensación Familiar Comfiar, para el tratamiento de los datos personales suministrados a través de este formulario, como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión, para las finalidades mencionadas en el MANUAL DE POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN SOBRE DATOS PERSONALES que me permitan recibir información sobre los Servicios Sociales y Programas de Comfiar.

Firma del trabajador

No. De identificación

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFIAR

OBSERVACIONES

SELLO DE RADICADO

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

Antes de diligenciar el formulario, lea cuidadosamente las siguientes instrucciones

El formato lo puede diligenciar en PC o en letra imprenta en forma completa, sin tachones ni enmendaduras

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

1. **TIPO DE IDENTIFICACION:** Marque con una X el tipo de documento correspondiente.
2. **NÚMERO:** Registre el número de identificación.
3. **GÉNERO:** Marque con una X el género correspondiente femenino (F) O masculino (M)
4. **FECHA DE NACIMIENTO:** Escriba el (dd - mm - aa) día, mes y año de la fecha de nacimiento.
5. **ESTADO CIVIL:** Marque con una X el estado civil correspondiente.
6. **PRIMER APELLIDO:** Registre el primer apellido.
7. **SEGUNDO APELLIDO:** Registre el segundo apellido.
8. **NOMBRES:** Registre nombres completos.
9. **TELÉFONO FIJO:** Escriba número de teléfono del trabajador independiente que se afilia.
10. **CELULAR:** Escriba número telefónico del celular actual.
11. **CORREO ELECTRONICO:** Escriba el correo electrónico.
12. **DIRECCION DE RESIDENCIA:** Escriba la dirección actual donde reside.
13. **BARRIO:** Escriba el barrio de la dirección de ubicación para envío de correspondencia.
14. **CIUDAD:** Registre ciudad actual de la residencia.
15. **DEPARTAMENTO:** Registre el departamento actual de la residencia.
16. **NIVEL DE ESTUDIOS:** Marque con una X el nivel de estudios correspondiente.
17. **OCUPACIÓN U OFICIO:** Escriba su ocupación, oficio o profesión.
18. **INGRESOS MENSUALES:** Registre los ingresos mensuales, salario o promedio mensual.
19. **EPS:** Registre la EPS a la que está afiliado.
20. **AFP:** Diligencie la Administradora de pensiones a la cual se encuentra afiliado.

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)

1. **NOMBRES Y APELLIDOS:** Diligencie nombres y apellidos completos del cónyuge o compañero.
2. **TIPO DE DOCUMENTO:** Marque con una X el tipo de identificación
C.C. Cédula de Ciudadanía C.E. Cédula de Extranjería T.I. Tarjeta de Identidad
3. **NÚMERO:** Registre el número de identificación.
4. **FECHA DE NACIMIENTO:** Escriba el AÑO, MES y DÍA de la fecha de nacimiento.
5. **GÉNERO:** Marque con una X el género correspondiente F Femenino y M masculino.
6. **IDENTIFICACION EN LA EMPRESA EN LA CUAL TRABAJA**
7. **RECIBE SUBSIDIO:** Marque con una X si el cónyuge o compañero recibe subsidio familiar.
8. **NOMBRE DE LA EMPRESA:** Si el cónyuge o compañero es empleado indique el nombre de la empresa donde labora.
9. **NIT:** Diligencie el número del Nit de la empresa.
10. **SALARIO O PROMEDIO MENSUAL:** Escriba el salario fijo o el promedio mensual de ingresos.
11. **OCUPACIÓN U OFICIO:** Escriba su ocupación, oficio o profesión.
12. **NOMBRE DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO:** Registre el nombre de la Caja de Compensación a la cual está afiliado.

INSCRIPCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

1. **PRIMER APELLIDO:** Registre el primer apellido.
2. **SEGUNDO APELLIDO:** Registre el segundo apellido.
3. **NOMBRES:** Registre nombres completos.
4. **FECHA DE NACIMIENTO:** Registre el (AÑO - MES - DÍA) de la fecha de nacimiento.
5. **SEXO:** Marque con una X el género correspondiente.
6. **PARENTESCO:** Marque con una X el tipo de parentesco.
7. **DISCAPACIDAD:** Marque una X si la persona que desea afiliar tiene algún tipo de discapacidad.
8. **TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** Diligencie en letras el tipo de identificación
C.C. Cédula de Ciudadanía C.E. Cédula de Extranjería
T.I. Tarjeta de Identidad R.C. Registro Civil

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA AFILIACION

IMPORTANTE: Los documentos que se anexan como soporte deben ser legibles, sin enmendaduras, ni tachones y en buen estado

1. Diligenciar formulario de solicitud de afiliación de trabajador independiente.
2. Fotocopia de la Cédula (ampliada al 150%)
3. Fotocopia del (Registro Único Tributario) RUT.
4. Certificado de ingresos expedido por un Contador Público .
5. Copia del último pago de Seguridad Social incluido aportes a Caja de Compensación.

REQUISITOS PARA AFILIAR AL GRUPO FAMILIAR

TRABAJADOR SOLTERO

1. Formulario de afiliación.
2. Copia del documento de identidad

CON CÓNYUGE SIN HIJOS

1. Formulario de afiliación.
2. Copia del documento de identidad del trabajador.
3. Copia del documento de identidad del cónyuge.

CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNION

1. Formulario de afiliación.
2. Copia del documento de identidad del trabajador.
3. Copia del documento de identidad del cónyuge.
4. Constancia laboral del cónyuge o declaración de dependencia económica de la misma, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo.
5. Manifestación de estado civil, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo
6. Copia de registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco, si es hijo adoptivo se acepta este documento o la sentencia de adopción.

CON CÓNYUGE E HIJASTROS

1. Adjuntar requisitos 1, 2, 3, 5, CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNION
2. Constancia laboral del cónyuge, en caso de no laborar, declaración de dependencia económica de la misma, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo.
3. Registro civil de nacimiento de los hijastros.
4. Custodia expedida por entidad competente.
5. Copia del documento de identidad de la madre o padre biológico que no estén recibiendo subsidio familiar.
6. Dependencia económica de los hijastros, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS

1. Adjuntar requisitos 1, 2, 6, de los documentos exigidos para afiliación CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNION
2. Cédula de ciudadanía de la madre o padre del menor
3. Custodia o declaración juramentada preferiblemente firmada por la madre, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

PADRES MAYORES DE 60 AÑOS O DISCAPACITADOS

1. Adjuntar requisitos 1 y 2 si aplica; de los documentos exigidos para afiliación CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNION.
2. Copia del documento de identidad del padre o madre.
3. Copia del registro civil de nacimiento del trabajador acreditando parentesco.
4. Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, firmado por el trabajador, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo.

HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES

1. Adjuntar requisitos 1, 2, de los documentos exigidos para afiliación CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNION.
2. Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, solicitar a COMFIAR formato establecido por el Ministerio del Trabajo.
3. Copia de registro civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco.
4. Copia de registro civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco.

NOTA: los trabajadores independientes, no serán beneficiarios de la cuota monetaria del subsidio familiar.