



## SOLICITUD AFILIACIÓN TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y/O FACULTATIVO Y GRUPO FAMILIAR

CÓDIGO: FT-AR-05  
VERSION: 05  
11 de diciembre de 2024

PORCENTAJE DE APOORTE

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	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)

<input type="checkbox"/> NOMBRES Y APELLIDOS		TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO	F. NACIMIENTO		GÉNERO	
		C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>		AÑO	MES	DÍA	M <input type="checkbox"/>
		T.I. <input type="checkbox"/>						F <input type="checkbox"/>
RECIBE SUBSIDIO <input type="checkbox"/> SI NO	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		
			A	M	D	M	F	P		M	H
1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES	A	M	D	M	F	P	M	H	IDENTIFIQUE EL TIPO
											C.C. T.I. R.C. C.E.
											TIPO NÚMERO

### PARTE ④ DECLARACIÓN JURAMENTADA Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro bajo la gravedad de juramento que esta información ha sido examinada por mí 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

AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIONES ELECTRONICAS: ¿ Autorizó recibir notificaciones electrónicas a través del correo electrónico de actos emitidos por la Caja de Compensación Familiar de Arauca COMFIAR, toda vez a lo establecido en los artículos 53.56, y 67 del numeral 1 de la ley 1437 de 2011, los artículos 20 y 21 de la ley 527 de 1994, artículo 43 del decreto 229 de 1995 y el artículo 10 del decreto 75 de 1984, modificado por el artículo primero del decreto 2563 de 1985? Si No

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFIAR

OBSERVACIONES

SELLO RADICADO



Vigilado Supersubsidio



CO-SC-CER318411