



SOLICITUD AFILIACIÓN TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y/O FACULTATIVO Y GRUPO FAMILIAR

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

PORCENTAJE DE APORTE

0.6%
2%

PARTE ① DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TIPO DE IDENTIFICACIÓN		GÉNERO		F. DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL				
C.C. ☐	C.E. ☐	☐	☐	F ☐	M ☐	DÍA	MES	AÑO	SOLTERO (A) ☐	CASADO (A) ☐	UNIÓN LIBRE ☐
NÚMERO								SEPARADO (A) ☐		VIUDO (A) ☐	
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 ☐		TÉCNICO ☐							
TECNOLÓGICO ☐		UNIVERSITARIOS ☐		POST-GRADO ☐		EPS				AFP	

PARTE ② DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)

☐ NOMBRES Y APELLIDOS		TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO		F. NACIMIENTO		GÉNERO			
		C.C. ☐		C.E. ☐		AÑO		MES		DÍA	M ☐
		T.I. ☐								F ☐	
RECIBE SUBSIDIO ☐		IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA EN LA CUAL TRABAJA									
SI ☐ NO ☐		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 R O	M E S	D Í A	M	F	P A D R E	M A D R E	H E R M A N O		H I J O			
1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES													

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

