



SOLICITUD AFILIACIÓN TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y/O FACULTATIVO Y GRUPO FAMILIAR

CÓDIGO: FT-AR-05
VERSION: 04
FECHA: 29-agosto-2018

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"/>	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 <input type="checkbox"/> 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	H	D	C	T	R	C
1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		NOMBRES														

PARTE ④ DECLARACIÓN JURAMENTADA Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES											
<p>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.</p>											
<p>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.</p>											
<p>_____</p> <p>Firma del trabajador</p>						<p>_____</p> <p>No. De identificación</p>					
<p>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</p>											

<p>_____</p> <p>Firma del trabajador</p>											
PARA USO EXCLUSIVO DE COMFIAR											
OBSERVACIONES											
SELLO RADICADO											

VIGILADO SuperSubsidio



CO-SC-CER318411