

**AFILIACIÓN TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

Código: Gm-Vt-Fo-8

Fecha: 08/09/2022

PROCESO: Gestión Comercial y Mercadeo / Ventas

Versión: 7

Marque con una X el porcentaje de aporte que realizará:

Aportes 0.6% (Recreación, Turismo y Capacitación) Aportes 2% (Todos los servicios de la Caja Excepto Cuota Monetaria) **1. DATOS DEL AFILIADO**

Tipo Documento:	CC	CE	TI	PEP	PT	No. Documento:		Fecha Expedición:	DIA	MES	AÑO	Lugar Expedición:		
Primer Nombre			Segundo Nombre			Primer Apellido			Segundo Apellido					
Fecha de Nacimiento:	DIA	MES	AÑO	Sexo	H	M	I	Ingreso Mensual:						
Estado Civil	Soltero		Casado(a)		Unión Libre		Divorciado		Viudo		Separado			
Nivel Estudio	Sin Estudio		Primaria		Secundaria		Técnico		Tecnólogo		Profesional	No formal	Cual?	
Tenencia Vivienda	Propia		Familiar		Financiada		Arrendada		Tipo Vivienda	Apartamento		Casa	Casa Lote	Habitación
Dirección Vivienda:										Barrio o Vereda:				
Teléfono Fijo			Correo Electrónico											
No. Celular			Departamento					Municipio						

2. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO - PADRE O MADRE DEL MENOR

Tipo Documento:	CC	CE	TI	PEP	PT	No. Documento:		Fecha Expedición:	DIA	MES	AÑO	Lugar Expedición:		
Primer Nombre			Segundo Nombre			Primer Apellido			Segundo Apellido					
Fecha de Nacimiento:	DIA	MES	AÑO	Sexo	H	M	I	Ingreso Mensual:						
Dirección Vivienda:										Barrio o Vereda:				
Teléfono Fijo			Correo Electrónico											
No. Celular			Departamento					Municipio						

3. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Tipo Documento o Identificación	Escriba de manera clara y legible						Fecha de Nacimiento			Sexo		Parentesco			Grado Escolaridad								
	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Día	Mes	Año	Hombre	Mujer	Indeterminado	Padre	Madre	Hermano(a)	Hija(o)	Hijastro (a)	Preescolar	Primaria	Secundaria	Media Tec.	Otros	Ninguno		
RC	TI	CC	CE	PA	PEP	PT																	

Si usted es trabajador Independiente y el pago de sus aportes se realiza a través de su empleador por favor diligencie los siguientes datos:

Razón Social Empresa:																						
NIT:					Razón Comercial Empresa:																	
Dirección:							Barrio:							Municipio								
Departamento					Celular :					Teléfono Fijo 1:					Teléfono Fijo 2:							
Correo 1:										Correo 2:												

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER - COMFANORTE a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en situación de discapacidad que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfanorte.com.co/ y/o en AVENIDA 1 CALLE 9 No. 0-95 ESQUINA. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER - COMFANORTE y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

DECLARACIÓN JURADA. Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de la caja y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3,18,27,37 de la Ley 21/82, Artículo 3 Ley 789/02, Decreto 2340/03 y Decreto 586/04.

Nombre Afiliado Independiente

Firma y No. Documento

Lugar y Fecha de Expedición

Firma y Sello Recibido Comfanorte

Firma y Fecha Aprobado

Observaciones:

REQUISITOS PARA AFILIAR AL NÚCLEO FAMILIAR

- Formulario de afiliación debidamente diligenciado.
- Fotocopia de la Cédula del afiliado y cónyuge o compañera permanente.
- Registro Civil de las personas a cargo (deben figurar los nombres de los padres) y copia tarjeta de identidad para mayores de 7 años
- Partida de matrimonio y en caso de unión libre declaración juramentada (Utilizar formato establecido por el Ministerio de Trabajo)
- Recibo de pago de la EPS como trabajador independiente.



AFILIADO	TIPO DOC.	NÚMERO DE DOCUMENTO
CLASE AFILIADO:	NÚMERO DE ORDEN	VIGENCIA:
CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE	TIPO DOC.	NÚMERO DE DOCUMENTO
PERSONAS A CARGO	PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN
FECHA DE AFILIACIÓN		
FIRMA JEFE DE SUBSIDIO		