

	AFILIACIÓN INDEPENDIENTE		Código: GM-Vt-Fo-8
	PROCESO: Gestión Comercial y Mercadeo / Ventas		Fecha: 10/10/2023
			Versión: 10

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 TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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	Valor ingreso mensual:					
Discapacidad:	SI	NO	Tipo de Discapacidad:		Fisica:	Auditiva:	Visual:	Intelectual:	Sordoceguera:	Psicosocial:	Múltiple:		
Estado Civil	Soltero(a)		Casado(a)		Unión Libre		Divorciado(a)		Viudo(a)		Separado(a)		
Nivel Estudio	Sin Estudio		Primaria		Secundaria		Técnico		Tecnólogo		Profesional		
Tenencia Vivienda	Propia		Familiar		Financiada		Arrendada		Tipo Vivienda:		Apartamento	Casa	
Urbana:		Rural:		Dirección Vivienda:			Barrio o Vereda:						
Teléfono Fijo				Correo Electrónico									
No. Celular				Departamento			Municipio						

2. DATOS DEL CÓNYUGE **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											
	RC	TI	CC	CE	PA	PEP	PT	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Día	Mes	Año	Hombre	Mujer	Indeterminado	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)	Hijastro (a)	Preescolar	Primaria	Secundaria	Media Tec.	Otros	Ninguno	

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

Razon Social Empresa:								Nit:					
Razon Comercial Empresa:								Departamento:					
Dirección:				Barrio:				Municipio:					
Celular:				Telefono fijo 1:				Telefono 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.

Nombres y Apellidos Afiliado Independiente Firma y N° de Documento Lugar y Fecha de Expedición

Firma y Sello Recibido Comfanorte

Firma de Aprobación

Observaciones:

 <p>Comfanorte Donde queremos estar</p> <p>Calle 9 Av 1 Esquina Edificio Comfanorte www.comfanorte.com.co NIT. 890.500.516-3</p> <p align="right">VIGILADO SuperSubsidio </p>	PENSIONADO	TIPO DOC.	NÚMERO DE DOCUMENTO
	CLASE DE PENSIONADO	NÚMERO DE ORDEN	VIGENCIA:
	CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE	TIPO DOC.	NÚMERO DE DOCUMENTO
	PERSONAS A CARGO	PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN
	FECHA DE AFILIACIÓN		
FIRMA JEFE DE SUBSIDIO			

Como independiente tiene la opción de afiliarse aportando a la Caja de Compensación Comfanorte, sobre el 0.6% o el 2% del índice base de cotización (IBC). El valor debe solicitarlo al operador que liquida su planilla, nosotros le recomendamos nuestro operador ASOPAGOS.

Los INDEPENDIENTES NO reciben CUOTA MONETARIA	
Tipo de Afiliado o Categoría B	
Con el aporte del 0.6% tendrá acceso a los siguientes servicios y beneficios:	Con el aporte del 2% tendrá acceso a los siguientes servicios y beneficios:
<p>Recreación: (Servicios Ecoparque, Parque del Agua, alquiler de cabañas en los Centros Vacacionales de Los Guayabales o Salazar)</p> <p>Turismo: Diversas actividades de salidas, viajes y turismo que Comfanorte realiza periódicamente departamentales y nacionales.</p> <p>Capacitación: (Instituto Técnico Laboral Comfanorte, carreras técnicas, talleres diplomados, cursos y programa Proyectarte)</p> <p>Gestión Social: Adulto Mayor y población en situación de discapacidad.</p>	<p>Recreación: (Servicios Ecoparque, Parque del Agua, alquiler de cabañas en los Centros Vacacionales de Los Guayabales o Salazar y escuelas deportivas).</p> <p>Turismo: Diversas actividades de salidas, viajes y turismo que Comfanorte realiza periódicamente.</p> <p>Capacitación: (Instituto Técnico Laboral Comfanorte, carreras técnicas, talleres diplomados, cursos y programa Proyectarte)</p> <p>Educación: (Colegio Comfanorte, Universidad Fesc)</p> <p>Vivienda: Postulación a Subsidio de Vivienda nueva, mejoramiento o construcción en sitio propio</p> <p>Escuelas Deportivas: Para incentivar el deporte en los niños beneficiarios (fútbol, patinaje, natación, tenis de campo, bicross y scout)</p> <p>Gestión Social: Programas de Adulto Mayor y población en situación de discapacidad.</p>

Los documentos requeridos para afiliación de independiente a nuestra Caja de Compensación Familiar "COMFANORTE" en Cúcuta son:

1. Formulario de afiliación Trabajador Independiente, completamente diligenciado.
2. Recibo de pago de la planilla de seguridad social, como trabajador independiente (ÚLTIMO PAGO).
3. Fotocopia de la cédula del trabajador y cónyuge o compañero(a) permanente.
4. Registro civil de las personas a cargo. (Deben figurar los nombres de los padres) y copia de la tarjeta de identidad tratándose de mayores de 7 años.
5. Diligenciar el formato Declaración Juramentada de acuerdo a la versión vigente y en la SECCIÓN MOTIVO DE LA DECLARACION, marcar la Opción 1: Convivencia y Dependencia Económica.
6. Partida de matrimonio civil o eclesiástico, en caso de unión libre deberá presentar el Formato Declaración Juramentada de acuerdo a la versión vigente. En la SECCIÓN MOTIVO DE LA DECLARACIÓN, marcar la Opción 2: Unión Marital de Hecho / Unión Libre.
7. PARA AFILIAR A SUS PADRES: Mayores de 60 años, siempre y cuando no perciban pensión y no se encuentren afiliados al régimen contributivo en salud como cotizantes. Deberá adjuntar los documentos de identidad de cada uno de los padres o certificado de defunción si aplica, partida de matrimonio, en caso de unión libre, deberá presentar el Formato Declaración Juramentada de acuerdo a la versión vigente. En la SECCIÓN MOTIVO DE LA DECLARACIÓN, marcar la Opción 3: Unión Marital de Hecho / Unión Libre. Anexar Registro Civil de nacimiento del trabajador independiente.

NOTA 1: El estado de afiliación del trabajador será ACTIVO en el sistema, una vez se refleje el pago del aporte correspondiente a su afiliación como trabajador independiente. El cual se debe realizar de manera mensual.

NOTA 2: Consejos para diligenciar bien los documentos.

1. Para afiliar beneficiarios hijos o hijastros, requisito de edad máxima es de 18 años y 11 meses. Aunque si es discapacitado y mayor de edad, se puede afiliar demostrando el tipo de discapacidad y anexando documento formato de discapacidad.
2. En el formulario de independiente en el campo número 3. Datos de las personas a cargo. Ese espacio es solo para hijos o hijastros (menores de 18 años y 11 meses o mayores con discapacidad) y/o padres mayores de 60 años con o sin discapacidad. La cónyuge y/o compañero(a) va en el campo número 2, datos de cónyuge, independientemente si ejerza o no alguna actividad o labor.
3. En la declaración juramentada, en el campo dependencia económica y convivencia, ese espacio es solo para hijos o hijastros (menores de 18 años y 11 meses o mayores con discapacidad) y/o padres mayores de 60 años con o sin discapacidad. La cónyuge y/o compañero(a) va en el campo estado civil, independientemente de que ejerza o no alguna actividad o labor.

**Favor enviar los documentos escaneados al correo:
afiliaciones@comfanorte.com.co**

