

	AFILIACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GM-Vt-Fo-8
	PROCESO: Gestión Comercial y Mercadeo / Ventas	Fecha: 05/09/2025
		Versión: 12

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: Física: 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 No formal Cual?											
Tenencia Vivienda				Propia Familiar Financiada Arrendada				Tipo Vivienda: Apartamento Casa Casa Lote Habitación							
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 traves 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:															
 Calle 9 Av 1 Esquina Edificio Comfanorte www.comfanorte.com.co NIT. 890.500.516-3 	<table><tr><td>EMPRESA:</td><td>NIT:</td></tr><tr><td>AFILIADO:</td><td>TIPO DOC. NÚMERO DE DOCUMENTO</td></tr><tr><td>CLASE AFILIADO:</td><td>NÚMERO DE ORDEN VIGENCIA:</td></tr><tr><td>CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE</td><td>TIPO DOC. NÚMERO DE DOCUMENTO</td></tr><tr><td>PERSONAS A CARGO</td><td>PARENTESCO IDENTIFICACIÓN</td></tr><tr><td colspan="2">FECHA DE AFILIACIÓN</td></tr><tr><td colspan="2">FIRMA JEFE DE SUBSIDIO</td></tr></table>	EMPRESA:	NIT:	AFILIADO:	TIPO DOC. NÚMERO DE DOCUMENTO	CLASE AFILIADO:	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	
EMPRESA:	NIT:														
AFILIADO:	TIPO DOC. NÚMERO DE DOCUMENTO														
CLASE AFILIADO:	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 Familiar de Norte de Santander -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:
Recreación: Servicios Ecoparque, Parque del Agua, alquiler de cabañas en los Centros Vacacionales de Los Guayabales o Salazar. Turismo: Diversas actividades de salidas, viajes y turismo que Comfanorte realiza periódicamente departamentales y nacionales. Capacitación: Instituto Técnico Laboral Comfanorte, carreras técnicas, talleres, diplomados, cursos y programa Proyectarte para los hijos. Gestión Social: Adulto mayor y población con discapacidad.	Recreación: Servicios Ecoparque, Parque del Agua, alquiler de cabañas en los Centros Vacacionales Los Guayabales o Salazar y Escuelas Deportivas). Turismo: Diversas actividades de salidas, viajes y turismo que Comfanorte realiza periódicamente. Capacitación: (Instituto Técnico Laboral Comfanorte, carreras técnicas, talleres, diplomados, cursos y programa Proyectarte para sus hijos). Educación: Colegio Comfanorte y Universidad La Fesc. Vivienda: Postulación a Subsidio de Vivienda (nueva, mejoramiento o construcción en sitio propio). Escuelas Deportivas: Para incentivar el deporte en los niños beneficiarios (fútbol, patinaje, natación, tenis de campo, bicicrós y Scout). Gestión social: Programas de adulto mayor y población con discapacidad. Mecanismo de Protección al Cesante: Pago de transferencia económica calculado sobre uno punto cinco (1.5) SMMLV divididos en cuatro (4) mensualidades decrecientes y, aplica únicamente para cesantes que hubiesen cotizado 24 meses a Comfanorte, en los últimos 36 meses.

Los documentos requeridos para afiliación como Trabajador Independiente a nuestra Caja de Compensación Familiar de Norte de Santander -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 SECCION 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.
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.

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 del cónyuge, independientemente si ejerce 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:
afiliacionempresas@comfanorte.com.co

