



AFILIACIÓN INDEPENDIENTE

Código: Gm-Vt-Fo-8

Fecha: 24/05/2019

PROCESO: Gestión Comercial y Mercadeo / Ventas

versión: 2

1. DATOS DEL AFILIADO

Tipo Documento:	CC	CE	TI	PEP	N. Documento:	Fecha expedición:	DD	MM	AAAA	Lugar expedición:							
Primer Nombre:	Segundo Nombre:				Primer Apellido:			Segundo Apellido:									
Fecha de Nacimiento:	DD	MM	AAAA	Sexo	F	M	I	Ingreso Mensual									
Estado Civil:	Soltero (a)	<input type="radio"/>	Casado (a)	<input type="radio"/>	Unión Libre	<input type="radio"/>	Divorciado (a)	<input type="radio"/>	Viudo (a)	<input type="radio"/>	Separado	<input type="radio"/>					
Nivel Estudio:	Sin estudio	<input type="radio"/>	Primaria	<input type="radio"/>	Secundaria	<input type="radio"/>	Técnico	<input type="radio"/>	Tecnólogo	<input type="radio"/>	Profesional	<input type="radio"/>	No Formal	<input type="radio"/>	Cual?	<input type="radio"/>	
Tenencia Vivienda:	Financiada	<input type="radio"/>	Arrendada	<input type="radio"/>	Familiar	<input type="radio"/>	Propia	<input type="radio"/>	Tipo Vivienda:	Apartamento	<input type="radio"/>	Casa Lote	<input type="radio"/>	Casa	<input type="radio"/>	Habitación	<input type="radio"/>
Dirección Vivienda:										Barrio o Vereda:							
Teléfono Fijo:	Correo Electrónico:																
Celular:	Departamento:				Municipio:												

2. DATOS DE CÓNYUGE O COMPAÑERA (O) PADRE O MADRE DEL MENOR

Tipo Documento:	CC	TI	CE	NUPI	PEP	N. Documento:	Fecha expedición:	DD	MM	AAAA	Lugar expedición:
Primer Nombre:	Segundo Nombre:				Primer Apellido:			Segundo Apellido:			
Dirección Vivienda:										Barrio o Vereda:	
Teléfono Fijo:	Correo Electrónico:										
Celular:	Departamento:				Municipio:						

3. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Tipo documento identificación						Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento			Sexo			Parentesco	Grado de escolaridad					
RC	TI	CC	PA	CE	PEP				DIA	MES	AÑO	F	M	I		Preescolar	Primaria	Secundaria	Media Tac.	Otros	Ninguno

"Con la firma de este formulario el titular, autoriza a COMFANORTE de manera expresa e informada para el tratamiento de sus datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad, que puede ser consultada en la pagina web www.comfanorte.com.co. Comfanorte informa que cualquier inquietud, autorización, o reclamo sobre los datos aquí suministrados pueden ser dirigidos a la dirección de correo Comfanorte@telecom.com.co".

DECLARACIÓN JURADA. Bajo la gravedad de juramento, declaro que esta información ha sido examinada por mí, y que él contiene una verdadera y completa relación de las personas a cargo que dependen económicamente de mí.

NOMBRE AFILIADO INDEPENDIENTE

FIRMA Y CEDULA

LUGAR EXPEDICIÓN:

FIRMA Y SELLO RECIBIDO COMFANORTE

FIRMA Y FECHA DE APROBADO

OBSERVACIONES:

REQUISITOS PARA AFILIAR GRUPO FAMILIAR

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



Calle 9 Av 1 Esquina Edificio Comfanorte
www.comfanorte.com.co
NIT. 890.500.516-3

Verificado Super Subsidio

AFILIADO:	C.C:	
MADRE O PADRE DEL MENOR::	C.C:	
CLASE AFILIADO:	VIGENCIA:	
PERSONAS A CARGO	PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN
FIRMA Y SELLO	FECHA DE RECIBIDO:	