



NIT. 890.480.023-7

Caja de Compensación Familiar de Fenalco - Andi Comfenalco

Zaragocilla Diag. 30 No. 50-187 - PBX: (5) 693 8000 - Fax: (5) 672 3805

SOLICITUD AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES

No. RADICACIÓN

FECHA		
DÍA	MES	AÑO

I. DATOS BÁSICOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		<input type="checkbox"/> 2. C.C. <input type="checkbox"/> 3. C.E. <input type="checkbox"/> 4. T.I. No.	
FECHA NACIMIENTO		SEXO		ESTADO CIVIL			
DÍA	MES	AÑO	M				
				<input type="checkbox"/> 1. SOLTERO <input type="checkbox"/> 2. VIUDO <input type="checkbox"/> 3. CASADO <input type="checkbox"/> 4. SOCIEDAD CONYUGAL LIQUIDADADA <input type="checkbox"/> 5. UNIÓN LIBRE			
ESTUDIOS				INGRESO MENSUAL (*Base para aporte a salud)			
<input type="checkbox"/> 1. NINGUNO <input type="checkbox"/> 4. TÉCNICO _____ <input type="checkbox"/> 2. PRIMARIA <input type="checkbox"/> 5. PROFESIONAL _____ <input type="checkbox"/> 3. SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 6. OTROS _____							
DIRECCION			DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		
ALCALDIA MENOR, LOCALIDAD O BARRIO			ESTRATO	TELÉFONOS	CORREO ELECTRÓNICO		

II. DATOS DEL CÓNYUGUE O COMPAÑERO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		<input type="checkbox"/> 2. C.C. <input type="checkbox"/> 3. C.E. <input type="checkbox"/> 4. T.I. No.	
FECHA NACIMIENTO		SEXO		ESTUDIOS		SALARIO MENSUAL	
DÍA	MES	AÑO	M				
				<input type="checkbox"/> 1. NINGUNO <input type="checkbox"/> 4. TÉCNICO _____ <input type="checkbox"/> 2. PRIMARIA <input type="checkbox"/> 5. PROFESIONAL _____ <input type="checkbox"/> 3. SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 6. OTROS _____			

III. PORCENTAJE DE APORTE

- APORTES DE 0.6% SOBRE LA BASE DE 1SMLMV
 APORTES DEL 2% SOBRE LA BASE DE SUS INGRESOS

IV. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

APELLIDOS	NOMBRES	DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN		SEXO		B	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO		ESTUDIOS
		TIPO	NUMERO	M	F		DÍA	MES	AÑO	HIJO	HNO.	

Declaro bajo gravedad de juramento que los datos contenidos son exactos.

Firma y cédula del trabajador independiente

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

APROBADO PARA		OBSERVACIONES
AÑO	MES	
REVISADO POR:		

LA AFILIACIÓN COMO TRABAJADOR INDEPENDIENTE NO DA LUGAR AL PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR EN DINERO

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA AFILIACIÓN DE INDEPENDIENTES

1. Partida o Registro Civil del Trabajador que solicita la afiliación, si es casado.
2. Acreditación como compañero (a) permanente en caso de unión libre. (*utilizar y diligenciar el formato proporcionado por la Caja-MinTrabajo*).
3. Registro civil de los hijos, sea cual fuere su calidad (*legítimo extramatrimoniales, hijastros, adoptivos*) en el que incluirá el nombre de los padres.
4. Registro civil de los hermanos huérfanos, en el cual se incluya el nombre de los padres.
5. Certificado de defunción ambos padres si el servicio se pide para hermano huérfano a cargo del trabajador independiente.
6. Certificado de escolaridad para los hijos y los hermanos huérfanos mayores de 12 años que no superan los 18 años.
7. Certificado de invalidez y/o discapacidad expedido por la respectiva EPS para hijos, padres y hermanos huérfanos que presenten tal condición.
8. Registro civil del trabajador independiente si va a inscribir hermanos huérfanos.
9. Fotocopia de los documentos de identidad tanto del trabajador independiente como de las personas a cargo del mismo.
10. Registro civil y fotocopia de la cédula de ciudadanía de los padres mayores de 60 años, si están a cargo del trabajador independiente y los va a inscribir.
11. Fotocopia de la afiliación y último recibo de pago de la EPS.

Autorizo libre y voluntariamente a COMFENALCO CARTAGENA, como responsable del tratamiento de los datos, para la recolección, almacenamiento, uso, transmisión y/o transferencia de los datos personales suministrados en este formulario, con la finalidad de: (i) Uso de servicios de la caja de compensación, tales como, pero sin limitarse a: recreación, vivienda, turismo, deportes, cultura, educación formal, productos financieros, etc. (ii) Actividades de mercadeo, ventas y promocionales, telemarketing (mercadeo telefónico), servicio al cliente, actividades de activación de marca, premios y promociones, directamente o a través de terceros derivados de alianzas comerciales o de cualquier vínculo. (iii) Diligenciamiento de encuestas. (iv) Reporte a centrales de riesgo. (v) Transmitir o transferir la información a un tercero para que ejerza actividades que contribuyan al desarrollo de la operación diaria de la compañía, tales como, pero sin limitarse a: servicios de cobranza, realización de convenios, etc. (vi) Gestión de productos financieros adquiridos con la caja de compensación. (vii) Beneficio de subsidios que les aplique. (viii) Establecer de manera integral e histórica completa, el comportamiento que, como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. (ix) Realizar todas las gestiones de orden tributario, contable, fiscal y de facturación. Como Titular de los datos tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir y revocar la autorización, los cuales puedo ejercer a través del correo electrónico: protecciondatos@comfenalco.com, línea de atención telefónica: (605) 6938000 o en los Centros Integrales de Servicios al Cliente (CIS) que podrán ser consultados en la Política de tratamiento de datos personales (<https://www.comfenalco.com/>).

Acepto el tratamiento de datos personales

Firma _____

Nombre _____

Cédula _____

SI LOS DOCUMENTOS ENUMERADOS SON PRESENTADOS EN FOTOCOPIA, DEBE ESTAR DEBIDAMENTE AUTENTICADA.



¡Facilitamos tu día a día!
Los mejores servicios sin salir de casa

pse Cancela todos tus servicios a través de www.comfenalco.com

¡Descarga ya! tu APP Comfenalco **NUEVA VERSIÓN 2.0** Disponible en **Google Play**

Aplicativo Afílate
Novedades en Línea

Chat Online: www.comfenalco.com

WhatsApp
320 578 0547

Redes Sociales
f i+ t in YouTube

vitel.Aoo SuperSubsicio