

Afiliación del Trabajador Independiente y su Grupo Familiar

- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo		
		DD	MM	AAAA

Seleccione el tipo de afiliación como independiente

Independiente con aporte del 2%
 Independiente con aporte del 0,6%

Datos de la entidad asociativa (si aplica)

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social	Teléfono	Ubicación del independiente	
NIT					Agrupación	Sucursal

Datos del trabajador independiente

Tipo de Identificación				No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento			Género		Estado civil					
CC	CE	PA	TI							DD	MM	AAAA	Femenino	Masculino	Soltero	Casado	Unión Libre	Viudo	Separado

Datos de residencia del trabajador independiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
-----------	--------------	------------------	---------------	---------------	------------------	--------------------

Datos de ingresos declarados

Valor Base Aportes	EPS	Fondo de pensiones	Tipo de actividad/Oficio
\$			

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación				No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento			Género		
CC	CE	PA	TI							DD	MM	AAAA	Femenino	Masculino

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación					Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Segundo nombre	Parentesco				Fecha de nacimiento			Género	
CC	CE	PA	RC	TI						Hijo	Hijastro	Padre/Madre	Hermano huérfano	Discapacidad	DD	MM	AAAA	Femenino

Declaro bajo gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y se apliquen las sanciones contempladas por la ley. La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012.

Indícanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye:

- Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extranjera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice análisis de administración de riesgos.
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biométrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera segura y confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible. AUTORIZO NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail: protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

Firma y documento de identidad del trabajador independiente	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
---	------------------------------	--

Afiliación del Trabajador Independiente y su Grupo Familiar

- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo		
		DD	MM	AAAA

Seleccione el tipo de afiliación como independiente

Independiente con aporte del 2%
 Independiente con aporte del 0,6%

Datos de la entidad asociativa (si aplica)

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social	Teléfono	Ubicación del independiente	
NIT					Agrupación	Sucursal

Datos del trabajador independiente

Tipo de Identificación				No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento			Género		Estado civil					
CC	CE	PA	TI							DD	MM	AAAA	Femenino	Masculino	Soltero	Casado	Unión Libre	Viudo	Separado

Datos de residencia del trabajador independiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
-----------	--------------	------------------	---------------	---------------	------------------	--------------------

Datos de ingresos declarados

Valor Base Aportes	EPS	Fondo de pensiones	Tipo de actividad/Oficio
\$			

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación				No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento			Género		
CC	CE	PA	TI							DD	MM	AAAA	Femenino	Masculino

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación					Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Segundo nombre	Parentesco				Fecha de nacimiento			Género	
CC	CE	PA	RC	TI						Hijo	Hijastro	Padre/Madre	Hermano huérfano	Discapacidad	DD	MM	AAAA	Femenino

Declaro bajo gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y se apliquen las sanciones contempladas por la ley. La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012.

Indícanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye:

- Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extranjera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice análisis de administración de riesgos.
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biométrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera segura y confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible. AUTORIZO NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail: protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

Firma y documento de identidad del trabajador independiente	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
---	------------------------------	--

Información para el diligenciamiento del formulario Afiliación del Trabajador Independiente y su Grupo Familiar

Importante:

- Los independientes no serán beneficiarios de la cuota monetaria del subsidio familiar.
- Si aportan el 0.6% tienen derecho a recreación, capacitación y turismo social.
- Si aportan el 2% tienen derecho a todos los servicios: recreación, capacitación, turismo social, salud, vivienda, crédito, cultura, etc.
- Los documentos probatorios que se anexan, deben ser legibles, sin enmendaduras y sin resaltador.
- Después de diligenciar el formato coloque los documentos probatorios dentro del bolsillo o sobre disponible en esta misma hoja.

Definiciones:

Tenga en cuenta las siguientes definiciones para el diligenciamiento del formulario:

- Agrupación: Lugar donde el trabajador ejerce sus labores.
- Sucursal: Dependencia a la cual está adscrito el Trabajador.

Nota: Para diligenciar el campo Código Postal, debe remitirse a la siguiente página web: www.codigopostal.gov.co

Documentos que deben presentarse para la afiliación

- Fotocopia del documento de identificación del trabajador independiente, de su cónyuge o compañero(a) permanente y de sus personas a cargo:
 - 0 a 6 años: registro civil de nacimiento y si es extranjero el pasaporte
 - 7 a 17 años: tarjeta de identidad, pasaporte o cédula de extranjería.
 - 18 años en adelante: cédula de ciudadanía, de extranjería o pasaporte.

Trabajador Independiente y su Grupo Familiar:

Certificado de afiliación de la EPS y al Sistema de Pensiones AFP (con una vigencia no mayor a tres (3) meses de expedido). En el Certificado de Afiliación de la EPS debe indicar que él y su grupo familiar están afiliados.

Cónyuge

Fotocopias de:

- Folio del registro civil o partida eclesiástica de matrimonio del trabajador.

Compañero(a) permanente

- Acreditación como compañero (a) permanente. En este caso podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin, el cual podrá encontrar en la página web www.comfama.com.

Hijos e hijastros

Fotocopias de:

- Folio del registro civil de nacimiento de los hijos e hijastros.

En el caso de hijastros además debe anexar:

- Constancia a través de la cual el trabajador independiente manifieste que sus hijastros, conviven y dependen económicamente de él. En este caso podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin, el cual podrá encontrar en la página web www.comfama.com.

Hermanos huérfanos de padres

Fotocopias de:

- Folio del registro civil de nacimiento del trabajador independiente.
- Folio del registro civil de nacimiento de los hermanos huérfanos de padres.
- Partida eclesiástica de defunción o registro civil de defunción de los padres.
- Constancia a través de la cual el trabajador independiente manifieste que los hermanos huérfanos de padres, conviven y dependen económicamente de él. En este caso podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin, el cual podrá encontrar en la página web www.comfama.com.

Padres

Fotocopias de:

- Folio del registro civil de nacimiento del trabajador independiente en el que conste el nombre de sus padres.
- Constancia a través de la cual el trabajador independiente manifieste que sus padres dependen económicamente de él. En este caso podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin, el cual podrá encontrar en la página web www.comfama.com.

Discapacidad

El trabajador independiente podrá afiliarse para servicios a sus hijos, padres y hermanos huérfanos de ambos padres, sin importar su edad, que presenten capacidad física y/o mental disminuida que les impida trabajar. Para ello, el trabajador independiente debe demostrar la convivencia y dependencia económica de la persona a cargo con la discapacidad, además presentar constancia emitida por una Entidad Promotora de Salud - EPS, por una IPS de la red pública de salud (decretos 1355 de 2008 y 4942 de 2009), o por la Junta Regional de Calificación de Invalidez (decreto 2463 del 20 de noviembre de 2001).

Comfama podrá requerir pruebas adicionales para acreditar el derecho a la prestación social.