Comfiar	**SOLICITUD AFILIACIÓN TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y/O FACULTATIVO Y GRUPO FAMILIAR**	CÓDIGO: FT-AR-05 VERSION: 06 30 de diciembre de 2025

PORCENTAJE DE APORTE		
	0.6%	
	2%	

PARTE ① DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO	F. DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		
C.C. C.E. T.I.	F M	DIA	MES	AÑO	SOLTERO (A)	CASADO (A)	UNIÓN LIBRE
NÚMERO					SEPARADO (A)	VIUDO (A)	

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	TELÉFONO FIJO	CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	CIUDAD	DEPARTAMENTO

NIVEL DE ESTUDIOS			OCUPACIÓN U OFICIO		INGRESOS MENSUALES
PRIMARIA	SECUNDARIA	TÉCNICO			
TECNOLÓGICO	UNIVERSITARIOS	POST-GRADO	**EPS**	**AFP**	

PARTE ② DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO	F. NACIMIENTO			GÉNERO
	C.C. C.E. T.I.		AÑO	MES	DÍA	M F

RECIBE SUBSIDIO	IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA EN LA CUAL TRABAJA		
	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	SALARIO O PROMEDIO MENSUAL
SI NO			

OCUPACIÓN U OFICIO	NOMBRE DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADO

PARTE ③ INSCRIPCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

NOMBRES COMPLETOS DE LOS HIJOS, PADRES O HERMANOS QUE CONVIVAN Y DEPENDAN ECONOMICAMENTE DEL TRABAJADOR			FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		PARENTESCO				DISCAPACIDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD IDENTIFIQUE EL TIPO C.C. T.I. R.C. C.E.	
1er. APELLIDO	2do.APELLIDO	NOMBRES	AÑO	MES	DÍA	M	F	PADRE	MADRE	HERMANO	HIJO		TIPO	NÚMERO

PARTE ④ DECLARACIÓN JURAMENTADA Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro bajo la gravedad de juramento que esta información ha sido examinada por mi y que contiene una verdadera y completa relación de los hijos, cónyuge o compañero (a), padre (s). Me comprometo a pagar el _____% del valor de mi ingreso mensual a COMFIAR dentro del plazo establecido en la resolución 1670 del 17 de mayo de 2007, como aporte de mi afiliación. Acepto que mi afiliación no me da derecho al pago de Subsidio Familiar en dinero.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

A) Autorizo expresamente, de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Arauca – COMFIAR, identificada con NIT 800.219.488-4, entidad que presta diversos servicios tales como subsidios, educación, recreación, deportes, cultura, turismo, créditos, así como servicios de empleo a través de su Agencia de Gestión y Colocación de Empleo y del Fondo de Solidaridad, Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), para que, en desarrollo de sus funciones, proceda a recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos suministrados por mí.
En caso de que COMFIAR requiera recolectar o tratar datos sensibles (como información relacionada con salud, datos biométricos, orientación sexual, origen étnico o cualquier otro definido por la ley como sensible), se informa que su suministro es facultativo, no obligatorio, y que dichos datos serán tratados únicamente cuando resulten necesarios para las finalidades legítimas de COMFIAR, garantizando la confidencialidad y seguridad.
Para el tratamiento de datos personales de niños, niñas, jóvenes y adolescentes, COMFIAR garantiza el respeto de sus derechos prevalentes. Dicho tratamiento se efectuará únicamente cuando responda a su interés superior y cuente con la autorización expresa del padre, madre o acudiente responsable, conforme a la Ley 1581 de 2012 y normas complementarias. Todo el tratamiento de datos personales se realizará conforme a la Política de Protección de Datos Personales de COMFIAR, disponible en www.comfiar.com.co

SI_____ NO_____
COMFIAR informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones de la Política de Protección de Datos Personales en el enlace www.comfiar.com.co, y elevar cualquier solicitud, consulta, queja o reclamo a través de los siguientes canales
• Líneas de servicio al cliente: (607) 885 8000 - Línea gratuita 01-8000-945457
• Correo electrónico: proteccion datospersonales@comfiar.com.co
• Personalmente en cualquiera de las sedes de COMFIAR.

B) AUTORIZO a la Caja de Compensación Familiar de Arauca – COMFIAR a enviarme información relacionada con programas y servicios, actividades institucionales, campañas, promociones o comunicaciones de carácter comercial o publicitario, así como invitaciones, evaluaciones del servicio y estudios de mercado, a través de mis datos de contacto.
De igual manera, autorizo recibir notificaciones electrónicas de carácter administrativo u oficial por parte de COMFIAR, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1437 de 2011, la Ley 527 de 1999 y la Ley 1581 de 2012, reconociendo la validez jurídica de las comunicaciones enviadas mediante correo electrónico u otros medios digitales

SI_____ NO_____

Firma del trabajador

No. De identificación

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFIAR

OBSERVACIONES

SELLO RADICADO

Vigilado Supersubsidio