

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE



Señores
CONSEJO DIRECTIVO
COMFENALCO SANTANDER
Bucaramanga

CÓDIGO

Solicito el estudio de los siguientes datos para ser admitido como afiliado a Comfenalco Santander en condición de trabajador independiente, con las responsabilidades y beneficios legales que ella implica

1. Nombre completo	_____		
2. Tipo de documento	No. Documento: _____	De: _____	_____
3. Dirección:	_____	Barrio: _____	_____
Municipio:	_____	Teléfono: _____	Cel: _____
4. Email	_____		
5. Profesión o actividad Económica	_____		
6. V/ R Mensual de sus Ingresos	_____		
7. Motivo de la afiliación	_____		
8. Como aportante, ha estado afiliado a una Caja de Compensación Familiar con anterioridad en el departamento de Santander	Si <input type="checkbox"/> Cual? _____		
	No, es la primera vez en el departamento <input type="checkbox"/>		
9. Es contratista?	Si <input type="checkbox"/> Nombre del contratante _____	Nit: _____	_____
	No <input type="checkbox"/> Nombre del contratante _____	Nit: _____	_____
10. Declaración específica fuente de sus ingresos	_____		
11. Aporte desde:	Mes: _____	Año: _____	Valor aporte: _____

AUTORIZACIÓN DE DATOS PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos personales del menor de edad o persona con discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o Avenida González Valencia No. 52-69 oficina de atención al cliente, que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma
No de documento

DOCUMENTOS A ANEXAR POR EL SOLICITANTE

- Dos fotocopias del documento de identificación
- Certificado de paz y salvo en el caso de afiliación anterior a otra Caja de Compensación Familiar
- Documentos que evidencien afiliación y pago actual a salud

Lugar

Fecha

Firma Comfenalco Santander