



SOLICITUD DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE/FACULTATIVO

Código

Tipo de solicitud	
Afiliación del trabajador Independiente/Facultativo	Inscripción Personas a Cargo

1. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE / FACULTATIVO

Tipo y Número de identificación		Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento	Género	
CC PT	CE CD	TI	DD/MM/AAAA		DD/MM/AAAA	F M	
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Estado Civil		Dirección residencia		Barrio		Municipio	
Casado Unión Libre Soltero		Divorciado Separado Viudo		Zona de residencia		Correo electrónico	
Municipio labora		Teléfono		Celular		Nivel escolaridad*	
						Discapacidad	
				Si No		¿Cuál?	
Ingreso Base Cotización (IBC)		Tipo de afiliación		Valor aporte		Como aportante, ¿ha estado afiliado a una Caja de Compensación Familiar con anterioridad en el Dpto. Santander?	
\$		Aportante 0,6% Aportante 2% Residente en el exterior 2%		\$		No Sí ¿Cuál?	

2. DATOS DEL CONTRATANTE

(Aplica solo si es el contratante es el pagador directo de los aportes del independiente a la caja)

Tipo y Número de identificación		Nombre del contratante - Razón social	
NIT PT	CC CD		

3. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

Tipo y Número de identificación		Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento	Género	
CC PT	CE CD	TI	DD/MM/AAAA		DD/MM/AAAA	F M	
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Municipio y Departamento de residencia		Zona de residencia		Ocupación		Ingreso mensual	
		Urbana Rural		Empleado Pensionado Independiente Desempleado		Estudiante \$	

4. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Tipo y Número de identificación*	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Fecha nacimiento	Género	Parentesco*
					dd/mm/aaaa	F M	
Nivel escolaridad*	Discapacidad		Sí	No	Municipio y Dpto Residencia		Zona residencia U R
Tipo y Número de identificación*	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Fecha nacimiento	Género	Parentesco*
					dd/mm/aaaa	F M	
Nivel escolaridad*	Discapacidad		Sí	No	Municipio y Dpto residencia		Zona residencia U R
Tipo y Número de identificación*	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Fecha nacimiento	Género	Parentesco*
					dd/mm/aaaa	F M	
Nivel escolaridad*	Discapacidad		Sí	No	Municipio y Dpto residencia		Zona residencia U R
Tipo y Número de identificación*	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Fecha nacimiento	Género	Parentesco*
					dd/mm/aaaa	F M	
Nivel escolaridad*	Discapacidad		Sí	No	Municipio y Dpto residencia		Zona residencia U R
Tipo y Número de identificación*	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Fecha nacimiento	Género	Parentesco*
					dd/mm/aaaa	F M	
Nivel escolaridad*	Discapacidad		Sí	No	Municipio y Dpto residencia		Zona residencia U R

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)

Al diligenciar este documento autorizo a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Santander, ubicada en la Avenida González Valencia No. 52-69 de Bucaramanga y con teléfono de contacto 607 6577000, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, consignados en este medio y en sus anexos, incluyendo los datos sensibles y de menores de edad, aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento. Lo anterior para dar cumplimiento a las finalidades de: i). Afiliación, vinculación y actualización del Sistema de Subsidio Familiar; ii). Consulta y reporte en centrales de riesgo; iii). Transmisión y transferencia de datos nacional e internacional; iv). Contacto para gestión de cobro y/o envío de mensajes comerciales a través de correo electrónico, correspondencia, llamada telefónica, aplicaciones web y mensajes SMS; y en general para las demás finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información disponible en www.comfenalcosantander.com.co la cual declaro conocer y saber que en esta se especifican cuáles datos son sensibles. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización. Igualmente declaro que poseo autorización de los otros titulares de datos que suministro (Beneficiarios, Grupo Familiar, Dependientes, entre otros), para que Comfenalco Santander les dé tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la Política mencionada.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)

Declaro, bajo la gravedad de juramento, que la información suministrada en este formulario de afiliación como trabajador independiente a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Santander, ha sido diligenciada por mí de forma veraz, completa y conforme a la realidad. Reconozco que esta afiliación se realiza de manera voluntaria, y que como afiliado me comprometo a cumplir con las obligaciones establecidas en la normatividad legal vigente relacionada con el sistema del subsidio familiar, en especial lo dispuesto en la Ley 21 de 1982, la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes. Soy consciente de que el suministro de información falsa, la omisión de datos relevantes o el incumplimiento de los requisitos establecidos para la afiliación y el acceso a los beneficios del sistema, podrá dar lugar a la desafiliación inmediata, sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar. Con esta declaración, asumo la responsabilidad del cumplimiento de las condiciones establecidas para mantener la afiliación y acceder a los servicios y beneficios ofrecidos por la Caja de Compensación Familiar, en calidad de trabajador independiente.

*Use tabla como guía			Radicación de documentos	Firma del trabajador Independiente/Facultativo
Tipo de Documento	Parentesco	Nivel de Escolaridad		
(TI) Tarjeta de Identidad (CC) Cédula de ciudadanía (PA) Pasaporte (RC) Registro civil (CE) Cédula de extranjería (PT) Permiso por protección temporal	(1)Hijo (2)Padre/Madre (3)Hermano(a) Huérfano (4)Hijastro (5)Dependiente por Custodia	(1)Preescolar (2)Básica (1° a 5°) (3)Secundaria (6° a 9°) (4)Media (10° a 11°) (5)Básica Adultos (1° a 5°) (6)Secundaria adultos (6° a 9°)	(7)Media adultos (10° a 11°) (8)Primera infancia (9)Técnico/Tecnológico (10)Profesional universitario (11)Posgrado/Maestría (12) Ninguno	
FO-AS-7.1-006	Versión: 1	Fecha de Revisión: 15/julio/2025	Subproceso: Afiliación y Subsidio	

DOCUMENTOS SOPORTES PARA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE/FACULTATIVO

- Copia del documento de identificación del Independiente - Facultativo
- Certificado de afiliación a salud (EPS) con fecha de expedición no mayor a 30 días (No aplica para Colombianos residentes en el exterior)
- Última planilla detallada del pago a la seguridad social
- Certificado de paz y salvo en el caso de afiliación anterior a otra Caja de Compensación Familiar

Beneficios según el Tipo de Aportante

Puede elegir el porcentaje para el pago de los aportes (sobre el ingreso mensual), y dependiendo de este tendrá acceso a los servicios de la caja:

Tipo de aportante	Servicio	Categoría
Aportante del 0,6%	Tu familia y tú podrán disfrutar de los servicios de: <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación • Recreación • Turismo 	B
Aportante del 2%	Tu familia y tú podrán disfrutar de todos los servicios de Comfenalco Santander, con excepción de la cuota monetaria.	B
Colombiano Residente en el exterior 2% (Para este tipo de afiliación el IBC debe ser igual o mayor a 2 SMLMV)	Tu familia y tú podrán disfrutar de todos los servicios de Comfenalco Santander, con excepción de la cuota monetaria.	B

Información Importante para la afiliación del Trabajador Independiente/Facultativo:

- La liquidación y el pago de sus aportes deberá realizarlo a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).
- La base de ingresos (IBC) para aportar a la Caja debe ser la misma base de aporte del sistema de salud y en todo caso no inferior al del sistema de pensiones.
- Es responsabilidad del trabajador independiente /Facultativo actualizar los datos y los de las personas a su cargo, así como, el de informar las novedades de: cambios de documentos de identificación, domicilio, teléfono, celular, correo electrónico e ingreso y novedades que impliquen el retiro de beneficiarios (como fallecimiento, pensión, no convivencia).
- En caso de terminación de la convivencia con el/la cónyuge y/o el (la) compañero(a) permanente debe notificar de manera inmediata ante la Caja del cambio de estado civil anexando el documento en el que conste cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.
- El (la) trabajador (a) independiente – facultativo podrá afiliarse a los hijos, hijastros, hermanos huérfanos y dependientes por custodia legal mayores de 18 años y menores de 23 años y padres menores de 60 años, que dependan económicamente del afiliado, para el acceso a los servicios de la Caja a tarifas de afiliados categoría C, no subsidiadas.

DOCUMENTOS SOPORTES PARA LA AFILIACIÓN DE PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE/FACULTATIVO

Cónyuge o compañero permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente. • Si el estado civil es casado, copia del registro civil o partida de matrimonio. Si el estado civil es unión libre, se debe diligenciar la declaración juramentada de convivencia (Formato suministrado por la Caja). • En caso de que el cónyuge o compañero(a) permanente labore, anexar certificado laboral con salario devengado con expedición no mayor a tres meses. Si es pensionado, certificado de la mesada pensional.
Hijo e Hijastro	<ul style="list-style-type: none"> • Registro civil de nacimiento de los hijos(a) e hijastros(as) que demuestre parentesco. • Documento de identificación de los hijos(a) e hijastros(as). • Para el caso de hijastros, Documento de custodia expedida por autoridad competente otorgada al cónyuge o compañero(a) permanente del trabajador(a) o Certificado de la EPS del trabajador(a) que acredite el grupo familiar unificado.
Padres (que dependen económicamente del trabajador)	<ul style="list-style-type: none"> • Registro civil de nacimiento del trabajador que demuestre parentesco. • Documento de identificación de los padres. • Certificado de la EPS de los dos padres en el que conste el tipo de afiliación como beneficiario del (la) trabajador(a), con vigencia menor a dos meses. Si el padre o madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud, adjuntar documento que acredite su tipo de afiliación. • Declaración Juramentada, Formato del Ministerio de Trabajo suministrado por la Caja, en la que conste la dependencia económica de los padres a cargo del trabajador, firmada por el trabajador y los padres. Expedición no mayor a 30 días.
	<p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los documentos para la afiliación de padres deben diligenciarse y/o presentarse por cada uno de ellos. En caso de que uno de los padres esté fallecido, suministrar el registro civil de defunción. • Cuando NO se afilian ambos padres, se requiere que el padre que se está afiliación manifieste por escrito la no convivencia y/o no dependencia económica del padre que no se va a afiliar, firmada por el padre y por el trabajador.
Hermano Huérfano de Padres	<ul style="list-style-type: none"> • Registro civil de nacimiento del trabajador y del hermano que demuestre parentesco. • Documento de identificación del hermano. • Registro civil de defunción de cada uno de los padres. • Declaración Juramentada, Formato del Ministerio de Trabajo suministrado por la Caja, en la que conste la dependencia económica del hermano. Expedición no mayor a 30 días.
Dependiente por Custodia	<ul style="list-style-type: none"> • Registro civil de nacimiento del dependiente por custodia. • Documento de identificación del dependiente por custodia. • Documento de custodia expedida por autoridad competente otorgada al trabajador. • Declaración Juramentada, Formato del Ministerio de Trabajo suministrado por la Caja, en la que conste la dependencia económica del dependiente por custodia. Expedición no mayor a 30 días.

PARA EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD DE AFILIACIÓN POR FAVOR TENER EN CUENTA:

1. Antes de radicar el formulario de afiliación por favor verifique que no le falte ningún campo por diligenciar, documento por adjuntar.
2. No podrá ser radicada la Solicitud de Afiliación hasta que toda la documentación y/o información se encuentre completa. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos y serán devueltos inmediatamente.
3. Omitir la información de una persona en el formulario, implica excluirla de la afiliación actual del (la) trabajador (a) independiente - facultativo.
4. Para la persona a cargo que se encuentre en condición de discapacidad, se debe presentar el CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD en el que conste la condición y el tipo de discapacidad, emitido por una entidad competente, conforme a la norma legal vigente.
5. Las personas extranjeras que adelanten la inscripción ante la Caja en calidad de (la) trabajador (a) independiente - facultativo, cónyuge o compañero(a) permanente y personas a cargo, deben contar con los documentos legalmente exigidos por la norma vigente en Colombia, que permitan constatar que se encuentran de forma legal en el territorio nacional.
6. Los documentos expedidos en países diferentes a Colombia, deben estar debidamente apostillados y contar con traducción oficial (si fuese necesario).
7. Documentos de identificación:
 - Registro Civil de Nacimiento: menores de 7 años.
 - Tarjeta de Identidad: mayores de 7 años y menores de 18 años.
 - Cédula de Ciudadanía: mayores de 18 años.
 - Para extranjeros: Documento válido de identificación: Cédula de extranjería, Carné diplomático, Permiso de protección temporal, Pasaporte (solo para menores de 7 años).