



**FORMULARIO DE AFILIACIÓN INDEPENDIENTE,
PENSIONADO Y TAXISTA**

Comfamiliar Putumayo

Nº: 891.200.337-8

AFILIACIÓN Y APORTES

CÓDIGO: AA-F-19

FECHA: 07 JULIO 2021

VERSIÓN: 0

DILIGENCIE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS, LOS ESPACIOS QUE NO NECESITE DILIGENCIAR ANÚLELOS CON UNA LÍNEA OBLICUA

MARQUE CON UNA X Independiente Pensionado Taxista

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Numero de contacto
				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	
Tipo de identificación		Fecha de Nacimiento		Sector	Municipio donde labora
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	Día	Mes	Año		
Lugar de residencia		Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			
Tipo de Vivienda		Ingresos mensuales	Correo electrónico	Afiliado a otra Caja	Cual otra Caja
Propia <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Alquilada <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN EXCLUSIVA INDEPENDIENTE

INFORMACIÓN PENSIONADO

Actividad economica	Total patrimonio	Porcentaje de aportes	Valor de mesada pensional
		Aportes 2% <input type="checkbox"/> Aportes 0,6% <input type="checkbox"/>	

PORCENTAJE DE APORTES PENSIONADO Y TAXISTA

Con mesada pensional hasta 1,5 SMMLV con aportes del 0% Con mesada pensional menor o mayor 1,5 SMMLV aportes del 2%

Con mesada pensional hasta 1,5 SMMLV con aportes del 0,6% Fidelidad > 25 años de afiliación

Taxista independiente con aportes del 2%

DECLARACION: Declaro que la información suministrada es verídica y cuenta con soporte probatorio so pena de ser verificada por parte de Comfamiliar Putumayo. En caso que la información consignada varié me comprometo a reportar la novedad a la mayor prontitud.

A nombre propio y para los efectos del tramite de afiliacion de manera libre y voluntaria declaro la siguiente información:

Si está de acuerdo señale con una X: SI NO

Devengo ingresos por las siguientes fuentes:

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: De conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Único reglamentario 1074 de 2015 capitulo 25 y demás normas concordantes y complementarias en materia de protección de datos, de manera previa, expresa e informada, AUTORIZA a Comfamiliar Putumayo el tratamiento y uso de sus datos personales consistente en; Recolectar, organizar, almacenar, analizar, usar, circular, transmitir y actualizar la información personal, para las finalidades de tramitar el proceso de afiliación a Comfamiliar Putumayo, reporte de novedades, generación de información, prestación de servicios y demás acciones que correspondan en materia de afiliación. Además, recibir información sobre los diferentes servicios, beneficios y programas sociales que promocióne la Caja. Los derechos de conocer, actualizar, rectificar, revocar o suprimir la información podrán ejercerse a través del correo habeasdata@comfaputumayo.com. La "Política de Tratamiento de Datos" está disponible en la página web corporativa www.comfaputumayo.com para su conocimiento y consulta.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Dichas fuentes de ingresos obedecen a las actividades economicas que desarrollo las cuales doy fe que son legales.

De conformidad con lo anterior DECLARO que las fuentes de ingresos descritas conforman mis ingresos mensuales y estos se reportan a la planilla integrada de liquidacion de aportes

FIRMA _____

Autoriza el Tratamiento y Uso de sus datos personales: SI NO

FIRMA INDEPENDIENTE O PENSIONADO

FIRMA RECIBIDO DE COMFAMILIAR

OBSERVACIONES:

Puerto Asis, Calle 11 Carrera 17 Esquina, Teléfono 098 4227137/138 Celular 3112238561, **Mocoa,** Av Colombia, Teléfono 098 4295342 Celular 3164707609 - **Sibundoy,** B. Castelvi, Teléfono 098 4260166 Celular 3118547949 - **Orito,** B. Marco Fidel Suarez, Teléfono 098 4292336 Celular 3118547965 - **La Hormiga,** B El Progreso Teléfono 098 4287265 Celular 3203844803 - **Puerto Leguizamo** B. Centro, Celular 3214611014 Correo Electrónico Corporativo aportes@comfaputumayo.com - auxaportes2@comfaputumayo.com

REQUISITOS PARA AFILIACION

- Oficio de Solicitud
- Formulario de afiliación debidamente diligenciado
- Fotocopia de documento de identificación legible
- Certificado de paz y salvo, en el caso de afiliación anterior a otra caja
- Planilla de pago de seguridad social (aplica independiente) (ultimo pago realizado)
- RUT (aplica independiente)
- Resolución de la pensión, o certificación de la entidad pagadora, o ultimo pago de la mesada pensional (Un solo soporte)
- Certificación que acredite 25 o mas años de afiliación a una Caja de Compensación Familiar (aplica pensionado)