

Popayán, .....

Señores  
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAUCA  
COMFACAUCA  
Afiliación Caja  
Ciudad

**Asunto: Solicitud de afiliación independientes o pensionados**

Yo .....  
Identificado con cédula de ciudadanía número.....de  
....., con domicilio en la ciudad de .....  
cuya dirección es ....., con ingresos  
mensuales de \$ ..... provenientes de  
..... solicito la afiliación a la Caja de  
Compensación Familiar del Cauca – Comfacauca como  
..... a partir de la fecha ..... ,  
declaro que SI .... NO..... estuve afiliado a otra Caja de Compensación como trabajador  
independiente o pensionado.

Declaro que la información suministrada es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUCA, da conformidad con lo dispuesto en el art 37 de la ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos es causal de desafiliación según el artículo 45 de la ley 21 de 1982.

.....  
Firma del trabajador independiente o pensionado