comfacauca al servicio del trabajador y su familia	**SUBSIDIO FAMILIAR**	PLANEAR HACER VERIFICAR ACTUAR comfacauca SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
	DECLARACION JURAMENTADA AFILIACIÓN INDEPENDIENTES O PENSIONADOS	
FECHA: *05 / 11 / 26*		***VERSION:*** *2*

Popayán, _____

Yo _____ Identificado con cédula de ciudadanía número _____de_____, con domicilio en la ciudad de _____cuya dirección es _____, con ingresos mensuales provenientes de _____ _____, solicito la afiliación a la Caja de Compensación Familiar del Cauca – Comfacauca como INDEPENDIENTE _____ o PENSIONADO _____ 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.

Comfacauca

CC. _____

Dirección: _____

Municipio: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico:_____