

Popayán,

Señores
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAUCA
COMFACAUCA
Afilación 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 alguna 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