Ciudad- Fecha:

Señores
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA Y BOLIVAR-COMFAMILIAR
JUAN PABLO VÁSQUEZ CASTELLAR
Director Administrativo

ASUNTO: Solicitud de afiliación como Trabajador Independiente

Cordial saludo,

En cumplimiento con lo establecido en el Artículo 139 del Decreto 0019 de 2012, y a los requisitos establecidos por su Caja de Compensación Familiar, solicito a usted la afiliación como trabajador independiente:

NOMBRE COMPLETO:	
DOMICILIO:	
IDENTIFICACIÓN:	
LUGAR DE RESIDENCIA:	
VALOR MENSUAL DE INGRESOS:	
FUENTE DE INGRESOS:	

Además, manifiesto que SI ( ); NO ( ) he estado afiliado a otra Caja de Compensación Familiar en el departamento de Bolívar.

Si la respuesta es SI, por favor anexar certificado paz y salvo que autorice el traslado a otra Caja de compensación.

Gracias por su atención.

Nota: Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en el presente registro, son veraces Lo anterior, bajo cumplimiento de su política de protección de datos, según lo reglamentado por leyes 1266 de 2008, 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y CST Art. 62 núm. 1. A través de éste documento, en calidad de titular de la información, autorizo a la CAJA DE COMPENSACION COMFAMILIAR a dar tratamiento a mis datos personales para el desarrollo de su objeto social.

Atentamente,

_____

C.C.

Este documento es propiedad de Comfamiliar Cartagena y Bolívar, prohibida su reproducción. Cualquier modificación debe solicitar permiso al encargado del Sistema Integrado de Gestión (SIG)

Documento aprobado por acta ID No 3960 Kawak de 10 febrero de 2021