

	<b>SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN FORMATO SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES</b>	<b>Código:</b> F-SU-007
		<b>Versión:</b> 2
		<b>Fecha:</b> 12/05/2017

Por medio de la presente solicito ser afiliado a esta Caja de Compensación Familiar como trabajador independiente, para lo cual doy fe que hasta la fecha no estoy afiliado a ninguna otra Caja de Compensación Familiar, de ser aprobada esta solicitud me someto a los Estatutos, Reglamentos y en general a todas las disposiciones de carácter legal que rigen a la Caja de Compensación Familiar del Cesar COMFACESAR.

Para el Estudio de esta solicitud suministro los siguientes datos:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ingresos Mensuales: \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_

Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_

Vo.Bo. \_\_\_\_\_  
**Coordinador(a) de Subsidios y Aportes**




**VIGILADO SuperSubsidio**