

Barranquilla, _____ de _____ del 202__

Señores

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR – COMBARRANQUILLA

Ciudad

Referencia: Solicitud de Afiliación como Trabajador Independiente

Cordial saludo,

Solicito a usted la vinculación como trabajador independiente, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 139 del Decreto 0019 de 2012 y a los requisitos establecidos por Combarranquilla.

Nombre completo:

Identificación:

Domicilio:

Lugar de residencia:

Valor mensual de ingresos:

Fuente de ingresos:

Valor del aporte: 0,6%() ó 2%()

Correo electrónico:

Celular:

Teléfono fijo:

Atentamente,

Firma

C.C.

Certifico que toda la información que he suministrado en este documento es confiable. Lo anterior bajo cumplimiento de su política de protección de datos, según lo reglamentado por Ley 1266 de 2008, 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y CST art.62 núm. 1. A través de este documento y como titular de la información, autorizo, permito y acepto que la información que suministro en este formato para afiliarme como independiente sea utilizada para fines administrativos, publicitarios de mercadeo y ventas