

Resolución No.	Firma de Recibido	Fecha de Recibido		

Florencia,

Señores  
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAQUETA COMFACA**  
 Cra. 11 No. 10 34, barrio Cooperativa.  
 Florencia

Asunto: Solicitud de Afiliación Trabajador Independiente

Respetados señores:

Cordialmente, solicito la afiliación a ésta Caja de Compensación en mi calidad de trabajador independiente:

De igual forma me comprometo a realizar el pago mensual del aporte para la Caja de Compensación Familiar del Caquetá a través de mi operador de información, en el momento que desee desafiarme informaré por escrito a la Caja.

**PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: INDEPENDIENTE 0,6% ( ) INDEPENDIENTE 2% ( )**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_

**CÉDULA** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_

**CIUDAD** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO** \_\_\_\_\_

**VALOR INGRESOS MENSUALES** \_\_\_\_\_

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

**Documentos adjuntos:**

- Copia cédula de ciudadanía del cotizante, ampliada al 150%
- Certificación de ingresos expedida por un contador público, no inferior a un SMLVM., o copia de la orden de prestación de servicios. (OPS).
- Copia del pago de Salud y Caja de Compensación, mes vigente.
- Copia del Rut.

**Documentos beneficiarios:**

- Formulario de afiliación de trabajadores diligenciado PSU-SRS-FT-02
- Copia cédula de ciudadanía del cotizante ampliada 150%
- Cónyuge o compañero(a) permanente: fotocopia cédula de ciudadanía ampliada al 150% y fotocopia registro de matrimonio o declaración juramentada de convivencia. (El cónyuge no puede estar activo como trabajador)
- Hijos menores de 18 años: Fotocopia registro civil de nacimiento y fotocopia tarjeta de identidad ampliada al 150%.