

____ Ciudad _____, _____ Fecha _____

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y
PENSIONADOS**

"Artículo 13 Ley 2069 de diciembre de 2020"

Señores,
COMFABOY

Por medio de la presente yo, _____
identificado (a) con (C.C./C.E./T.I./P.E.P.) _____ No. _____
de _____, solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá
"Comfaboy", la afiliación como (INDEPENDIENTE / PENSIONADO) _____,
incluyendo a mis beneficiarios.

Además, Declaro que la fuente de mis ingresos proviene de,

_____ y que el valor
mensual de mis ingresos es de \$ _____; asimismo, informo
que me encuentro ubicado en la ciudad de _____, en
la dirección, _____.

Finalmente, manifiesto (SI / NO) _____ haber estado afiliado a una Caja de
Compensación Familiar con anterioridad a esta solicitud (*En caso de ser positivo anexo el Paz y
Salvo).

Atentamente,

Firma y Número de documento de
Identidad

Anexo junto a este documento el formulario de Afiliación, para dar cumplimiento a la normatividad vigente establecida por la
Superintendencia del Subsidio Familiar.