

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.