

CARTA DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN COMO TRABAJADOR INDEPENDIENTE
COTIZANTE TIPO 51 (TRABAJADOR INDEPENDIENTE DE TIEMPO PARCIAL)

Ciudad y fecha: _____

Señores

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM,

Asunto: Solicitud de afiliación como trabajador independiente de tiempo parcial – Cotizante Tipo 51

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, domiciliado(a) en _____ y residente en _____, actuando en nombre propio y de manera voluntaria, solicito mi afiliación a la Caja de Compensación Familiar Cafam en calidad de trabajador independiente de tiempo parcial (Cotizante Tipo 51), de conformidad con la normativa vigente aplicable. Para efectos de acreditar los requisitos de afiliación, me permito suministrar la siguiente información y efectuar las declaraciones contenidas en el presente documento, las cuales manifiesto bajo mi responsabilidad.

Para efectos de acreditar los requisitos de afiliación, bajo la gravedad de juramento manifiesto que la información contenida en la presente solicitud y en los documentos que la acompañan es cierta y corresponde a mi situación actual.

Para tal efecto me permito informar lo siguiente:

1. Información de identificación y contacto del solicitante

- Nombre completo: _____
- Tipo y Número de identificación: _____
- Dirección de domicilio: _____
- Municipio y departamento de residencia: _____
- Teléfono fijo (si aplica): _____
- Celular: _____
- Correo electrónico: _____

2. Actividad económica e ingresos del solicitante

Declaro que ejerzo, por cuenta propia, la siguiente actividad económica como trabajador independiente:

Asimismo, manifiesto que mis ingresos mensuales provienen principalmente de la siguiente fuente o actividad:

El valor promedio de mis ingresos mensuales de la actividad antes descrita corresponde a la suma de \$_____.

Así mismo, manifiesto que los ingresos aquí informados corresponden a mi realidad económica actual y son consistentes con la información reportada para la liquidación de mis aportes mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), conforme a la modalidad de cotización que legalmente me resulte aplicable.

Declaro igualmente que la información aquí suministrada es veraz, completa y corresponde a mi situación al momento de presentar esta solicitud. Así mismo, conozco que la Caja de Compensación Familiar podrá verificar la información aquí declarada con los soportes aportados y con las bases de datos o mecanismos de validación legalmente habilitados, sin perjuicio de las actuaciones administrativas a que haya lugar en caso de evidenciarse inconsistencias.

3. Declaraciones y manifestaciones del solicitante

Declaro que:

1. Me encuentro afiliado(a) al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la EPS _____, en calidad de:
☐ Cotizante
☐ Beneficiario
☐ Afiliado al régimen subsidiado.
2. Los ingresos declarados en la presente solicitud corresponden a mi realidad económica y son consistentes con la información reportada para la liquidación de mis aportes mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), conforme a la modalidad de cotización que legalmente me resulta aplicable.

3. La información reportada en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) corresponde a mi situación real y a la modalidad de cotización bajo la cual solicito la presente afiliación.
4. Me comprometo a informar oportunamente a la Caja cualquier modificación relacionada con mis ingresos, actividad económica, modalidad de cotización, afiliación al Sistema General de Seguridad Social o cualquier otra circunstancia que pueda incidir en el mantenimiento de las condiciones que dieron lugar a mi afiliación.
5. Autorizo a la Caja de Compensación Familiar Cafam para verificar la información aquí suministrada con los documentos aportados, la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y las demás fuentes de información o mecanismos de validación legalmente habilitados para el cumplimiento de sus funciones.
6. Reconozco que la presente solicitud se fundamenta en la información por mí suministrada y que cualquier falsedad, omisión o inconsistencia podrá dar lugar a la revisión de mi afiliación y a las demás actuaciones previstas en la normatividad vigente.

4. Información sobre afiliaciones anteriores a Cajas de Compensación Familiar

Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que:

- ☐ No he estado afiliado(a) anteriormente a ninguna Caja de Compensación Familiar.
- ☐ He estado afiliado(a) anteriormente a una o más Cajas de Compensación Familiar, según se relaciona a continuación:

Nombre de la(s) Caja(s):

Período(s) de afiliación:

Motivo de la desafiliación (si aplica):

Declaro que la información aquí suministrada corresponde a la totalidad de las afiliaciones anteriores a Cajas de Compensación Familiar de las que tengo conocimiento.

5. Manifestación de veracidad

Declaro que la información suministrada en la presente solicitud y en los documentos que la acompañan es veraz, completa y corresponde a mi situación real al momento de presentar esta solicitud.

Así mismo, manifiesto que conozco que el estudio, aprobación, permanencia y demás actuaciones relacionadas con mi afiliación se encuentran sujetos al cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente y a las verificaciones que adelante la Caja de Compensación Familiar en ejercicio de sus funciones.

Me comprometo a informar oportunamente cualquier modificación que altere las condiciones aquí declaradas y que pueda incidir en mi calidad de afiliado.

6. Documentos anexos

Con la presente solicitud adjunto los siguientes documentos para efectos del estudio de mi afiliación:

- ☐ Copia del documento de identidad.
- ☐ Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).
- ☐ Certificación de afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).
- ☐ Certificación de afiliación a la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP).
- ☐ Certificación de La entidad promotora de salud (EPS).
- ☐ Otros: _____

En constancia de lo anterior, firmo la presente solicitud:

Firma: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____

“Autorizo de manera previa, expresa e informada a la Caja de Compensación Familiar CAFAM para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, con el fin de gestionar el estudio, validación, trámite y administración de mi solicitud de afiliación como trabajador independiente, verificar el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios aplicables, realizar las validaciones que correspondan frente a la información suministrada y administrar mi vinculación al Sistema del Subsidio Familiar, de conformidad con lo establecido en su Política de Protección de Datos Personales disponible en www.cafam.com.co.

He sido informado(a) sobre mis derechos como titular de datos personales, incluyendo los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información suministrada, así como sobre los canales dispuestos por CAFAM para ejercer dichos derechos, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes.”