

Ciudad y Fecha _____

Señores

Asunto: Autorización de afiliación como independiente.

Yo, _____ identificado (a) con tipo y número de documento _____ de _____, afiliado actualmente a _____, manifiesto mi voluntad de afiliarme como independiente.

Por lo tanto, soy consciente que al realizar dicha novedad de afiliación como independiente seré el responsable de realizar los aportes al sistema de seguridad social.

De igual manera autorizo a realizar mi novedad de afiliación.

C U A D R O B E N E F I C I A R I O S

Nombres y Apellidos	Tipo Doc.	Numero Documento	Fecha Nacimiento	Parentesco	RH

Cordialmente,

Firma _____

Cedula N° _____

Fecha de Expedición _____ RH _____

Ciudad y fecha de Nacimiento _____

Dirección y Barrio de residencia: _____

Municipio de residencia: _____ Departamento: _____

Celular (s): _____

CORREO ELECTRONICO _____

IBC: (Sr@ contratista Recuerde que su ingreso base de cotización es el 40% del valor mensual de su contrato sin que este sea inferior al mínimo) \$ _____

Fecha de ingreso: (Fecha a partir de la cual va a empezar su cotización o el inicio de su contrato independiente) Dia/Mes/Año _____