

Ciudad y fecha; _____

Señores

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CASANARE

Att. Contabilidad

Ciudad

Referencia: manifestación juramentada

Cordial saludo:

Yo _____ identificado(a)
con cédula de ciudadanía No _____ de _____,
manifiesto bajo gravedad de juramento que me encuentro afiliado(a) y en estado activo a la
Caja de Compensación Familiar bajo la siguiente condición:

1. Desempleado: ____ IBC \$ _____
2. Independiente por cuenta propia: _____ Ingreso mensual \$ _____
3. Independiente (OPS): Empresa contratante: _____
____ Nit. _____ Ingreso mensual \$ _____
4. Pensionado: _____ Ingreso mensual \$ _____

El IBC para liquidar seguridad social se calculará de acuerdo a lo establecido el Art. 244 de la ley 1955 de 2019 y el Art. 19 de la ley 789 de 2002, para poder acceder a los beneficios y descuentos dados por la caja. El pago de seguridad social será integral (salud, pensión y caja de compensación), me comprometo a enviar reporte de la planilla al correo contabilidad@comfacasanare.com.co con copia a ivanavila@comfacasanare.com.co y/o radicarla en las oficinas de contabilidad. Soy conocedor(a) que el no envío de las planillas oportunamente me genera costo a categoría de no afiliado.

En caso de presentar cambios en la información suministrada lo comunicaré oportunamente, con el fin de seguir con los beneficios.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

Firma _____

Nombre _____ **Cédula** _____

Dirección _____ **Teléfono** _____

Email _____

Anexo: Copia pago seguridad social del periodo _____, certificado ingresos _____, copia antecedentes JCC del contador _____, copia tarjeta profesional _____, otro doc. _____