

	<b>AFILIACIÓN PENSIONADO</b>		Código: GM-Vt-Fo-7
	PROCESO: Gestión Comercial y Mercadeo / Ventas		Fecha: 02/04/2024
			Versión: 9

**Marque con una X el porcentaje de aporte que realizará:**

FIDELIDAD 25 AÑOS, CANCELA 0% APORTES	<input type="checkbox"/>	MESADA INFERIOR A 1,5 SMMLV CANCELA 0% APORTES	<input type="checkbox"/>	MESADA INFERIOR A 1,5 SMMLV, CANCELA 0,6% APORTES	<input type="checkbox"/>	MESADA INFERIOR A 1,5 SMMLV, CANCELA 2% APORTES	<input type="checkbox"/>	MESADA SUPERIOR A 1,5 SMMLV, CANCELA 0,6% APORTES	<input type="checkbox"/>	MESADA SUPERIOR A 1,5 SMMLV, CANCELA 2% APORTES	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------

**1. DATOS DEL PENSIONADO**

Tipo Documento:	CC	CE	TI	PEP	PT	No. Documento:	Fecha Expedición:			DIA	MES	AÑO	Lugar Expedición:
Primer Nombre			Segundo Nombre			Primer Apellido			Segundo Apellido				
Fecha de Nacimiento:	DIA	MES	AÑO	Sexo:	H	M	I	Valor Mesada Pensional:					
Discapacidad:	SI	NO	Tipo de Discapacidad:		Física:	Auditiva:	Visual:	Intelectual:	Sordoceguera:	Psicosocial:	Múltiple:		
Estado Civil	Soltero(a)	Casado(a)	Unión Libre	Divorciado(a)	Viudo(a)	Separado(a)							
Nivel Estudio	Sin Estudio	Primaria	Secundaria	Técnico	Tecnólogo	Profesional	No formal	Cual?					
Tenencia Vivienda	Propia	Familiar	Financiada	Arrendada	Tipo Vivienda:		Apartamento	Casa	Casa Lote	Habitación			
Dirección Vivienda:							Barrio o Vereda:						
Teléfono Fijo	Correo Electrónico												
No. Celular	Departamento			Municipio									

**2. DATOS DEL CÓNYUGE  COMPAÑERO  PADRE O MADRE DEL MENOR**

Tipo Documento:	CC	CE	TI	PEP	PT	No. Documento:	Fecha Expedición:			DIA	MES	AÑO	Lugar Expedición:
Primer Nombre			Segundo Nombre			Primer Apellido			Segundo Apellido				
Fecha de Nacimiento:	DIA	MES	AÑO	Sexo:	H	M	I	Ingreso Mensual:					
Dirección Vivienda:							Barrio o Vereda:						
Teléfono Fijo	Correo Electrónico												
No. Celular	Departamento			Municipio									

**3. DATOS DE PERSONAS A CARGO**

Tipo Documento o Identificación	Escriba de manera clara y legible								Fecha de Nacimiento			Sexo		Parentesco					Grado Escolaridad											
	RC	TI	CC	CE	PA	PEP	PT	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Día	Mes	Año	Hombre	Mujer	Indeterminado	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)	Hijastro (a)	Preescolar	Primaria	Secundaria	Media Tec.	Otros	Ninguno		

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER - COMFANORTE a dar tratamiento de mis datos personales ( y/o de los datos del menor de edad o persona en situación de discapacidad que represento ) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en [www.comfanorte.com.co/](http://www.comfanorte.com.co/) y/o en AVENIDA 1 CALLE 9 No. 0-95 ESQUINA. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER - COMFANORTE y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

**DECLARACIÓN JURADA.** Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de la caja y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3,18,27,37 de la Ley 21/82, Artículo 3 Ley 789/02, Decreto 2340/03 y Decreto 586/04.

_____	_____	_____
Nombres y Apellidos Afiliado Pensionado	Firma	No. de Documento
_____	_____	_____
Firma y Sello Recibido Comfanorte	Firma de Aprobación	Fecha de Aprobación

**Observaciones:**

 <p><b>Comfanorte</b> Donde queremos estar</p> <p>Calle 9 Av 1 Esquina Edificio Comfanorte <a href="http://www.comfanorte.com.co">www.comfanorte.com.co</a> NIT. 890.500.516-3</p> <p align="center">VIGILADO SuperSubsidio </p>	<table border="1"> <tr> <td>PENSIONADO</td> <td>TIPO DOC.</td> <td>NÚMERO DE DOCUMENTO</td> </tr> <tr> <td>CLASE DE PENSIONADO</td> <td>NÚMERO DE ORDEN</td> <td>VIGENCIA:</td> </tr> <tr> <td>CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE</td> <td>TIPO DOC.</td> <td>NÚMERO DE DOCUMENTO</td> </tr> <tr> <td>PERSONAS A CARGO</td> <td>PARENTESCO</td> <td>IDENTIFICACIÓN</td> </tr> <tr> <td colspan="3">FECHA DE AFILIACIÓN</td> </tr> </table>	PENSIONADO	TIPO DOC.	NÚMERO DE DOCUMENTO	CLASE DE PENSIONADO	NÚMERO DE ORDEN	VIGENCIA:	CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE	TIPO DOC.	NÚMERO DE DOCUMENTO	PERSONAS A CARGO	PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN	FECHA DE AFILIACIÓN		
	PENSIONADO	TIPO DOC.	NÚMERO DE DOCUMENTO													
	CLASE DE PENSIONADO	NÚMERO DE ORDEN	VIGENCIA:													
	CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE	TIPO DOC.	NÚMERO DE DOCUMENTO													
PERSONAS A CARGO	PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN														
FECHA DE AFILIACIÓN																
<p align="center">FIRMA JEFE DE SUBSIDIO</p>																

**Los servicios a los cuales tienen derecho los pensionados y su núcleo familiar se clasifican según el aporte que realice a COMFANORTE:**

<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>APORTES</b>	<b>SERVICIOS</b>	<b>CATEGORÍA</b>
FIDELIDAD 25 AÑOS	CANCELA 0% APORTES	CAPACITACIÓN, RECREACIÓN Y TURISMO	A
MESADA INFERIOR A 1,5 SMMLV	CANCELA 0% APORTES	RECREACIÓN, DEPORTES Y CULTURA	A
MESADA INFERIOR A 1,5 SMMLV	CANCELA 0,6% APORTES	RECREACIÓN, DEPORTE, CULTURA, TURISMO Y CAPACITACIÓN	A
MESADA INFERIOR A 1,5 SMMLV	CANCELA 2% APORTES	TODOS LOS SERVICIOS EXCEPTO LA CUOTA MONETARIA	A
MESADA SUPERIOR A 1,5 SMMLV	CANCELA 0,6% APORTES	CAPACITACIÓN, RECREACIÓN Y TURISMO	B
MESADA SUPERIOR A 1,5 SMMLV	CANCELA 2% APORTES	TODOS LOS SERVICIOS EXCEPTO LA CUOTA MONETARIA	B

**Requisitos y Documentos para la Afiliación de Pensionados y núcleo familiar:**

1. Formulario de Afiliación Pensionado, debidamente diligenciado.
2. Copia del documento de identidad.
3. Certificado o fotocopia de la resolución de la pensión.
5. Desprendible de pago de la última mesada pensional.
6. Documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente.
7. Registro civil de nacimiento de los hijos. Para mayores de siete años, tarjeta de identidad y para mayores de 18 años, cédula de ciudadanía.

NOTA: El pensionado tendrá la obligación de reportar a COMFANORTE cualquier circunstancia que modifique su condición de afiliación, en especial, la reliquidación de su mesada pensional o los cambios relacionados con su núcleo familiar.

La afiliación de los pensionados o trabajadores independientes permanece vigente desde su aceptación hasta su retiro voluntario, suspensión o pérdida de su calidad por el no pago de los aportes. En el momento que el pensionado no desee continuar afiliado a COMFANORTE, deberá informar por escrito.

**Favor enviar los documentos escaneados al correo:  
afiliaciones@comfanorte.com.co**