



AFILIACIÓN PENSIONADO

Código: GM-Vt-Fo-7

Fecha: 20/06/2025

PROCESO: Gestión Comercial y Mercadeo / Ventas

Versión: 11

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	PPT	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	PPT	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	PPT	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/ 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 entregará 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:



EMPRESA:	NIT:	
AFILIADO:	TIPO DOC. NÚMERO DE DOCUMENTO	
CLASE AFILIADO:	NÚMERO DE ORDEN	VIGENCIA:
CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE	TIPO DOC. NÚMERO DE DOCUMENTO	
PERSONAS A CARGO	PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN
FECHA DE AFILIACIÓN		
FIRMA JEFE DE SUBSIDIO		

Los servicios a los cuales tienen derecho los pensionados v su núcleo familiar

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

CLASIFICACIÓN	APORTES	SERVICIOS	CATEGORÍA
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:
afiliacionempresas@comfanorte.com.co**

