



AFILIACIÓN PENSIONADO

Código: GM-Vt-Fo-7

PROCESO: Gestión Comercial y Mercadeo / Ventas

Fecha: 08/09/2022

Versión: 6

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:							
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 CONYUGE ○ 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						
	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	
RC	TI	CC	CE	PA	PEP	PT																

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 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:



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		
FIRMA JEFE DE SUBSIDIO		

REQUISITOS Y DOCUMENTOS AFILIACIÓN PENSIONADO

1. Formulario afiliación debidamente diligenciado.
2. Copia documento identificación.
3. Certificación que acredite 25 años o más de vinculación a la Caja de Compensación Familiar (Sólo para afiliación por Fidelidad).
4. Certificado expedido por la Entidad encargada del pago de la Mesada Pensional o Fotocopia de la resolución de la pensión (acto de reconocimiento del derecho pensional).
5. Desprendible de pago de la mesada pensional.
6. Certificado paz y salvo en caso de afiliación en otra caja de compensación.

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.

En el momento que el pensionado no desee continuar afiliado a COMFANORTE, deberá informarlo por escrito. La no información del retiro genera mora en el pago como cotizante.

REQUISITOS Y DOCUMENTOS AFILIACIÓN GRUPO FAMILIAR

1. Copia documento identificación conyugue o compañera permanente
2. Registro civil de los hijos para acreditar parentesco. (Sin autenticar, legible y no interesa la vigencia)
3. Manifestación de estado civil: registro de acta de matrimonio o formato establecido por el ministerio de trabajo

REQUISITOS Y DOCUMENTOS AFILIACION

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

CLASIFICACIÓN	APORTES	SERVICIOS	CATEGORIA
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	RECREACIÓN TURISMO Y CAPACITACIÓN	B
MESADA SUPERIOR A 1,5 SMMLV	CANCELA 2% APORTES	TODOS LOS SERVICIOS EXCEPTO LA CUOTA MONETARIA	B