

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO, COMFACHOCO

Formulario de Afiliación Pensionados

Marque con una X el tipo de Modalidad de Afiliación

Pensionado 25 años	<input type="checkbox"/>
Pensionado Aportante 2%	<input type="checkbox"/>
Pensionado sin Aporte (Ley 1643)	<input type="checkbox"/>
Pensionado Aportante 0,6%	<input type="checkbox"/>

Radicado: Fecha:



I. DATOS BASICOS DEL PENSIONADO																	
Primer Apellido				Segundo Apellido				Nombres									
Fecha de Nacimiento				Sexo		Estado Civil				Tipo Documento		CC	CE	TI			
M	M	D	D	A	A	A	A	Masculino	Femenino	C	S	V	UL	O	No.		
Lugar de Nacimiento				Lugar y Fecha de Expedición del Documento													
Valor Mensual de la Pensión (\$)				Número y Fecha de la Resolución				Dirección									
Barrio				Localidad				Ciudad									
Teléfono Fijo				Celular				Autorización de Envío por SMS									
								SI		NO							
Email				Autorización de envío por Email													
								SI		NO							
II. DATOS DEL CONYUGE O COMPANERO																	
Primer Apellido				Segundo Apellido				Nombres									
Fecha de Nacimiento				Sexo		Tipo Documento				CC	CE	TI	Labora Actualmente				
M	M	D	D	A	A	A	A	Masculino	Femenino	No.				SI	NO		
III. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR																	
Apellidos		Nombres		Sexo		Fecha Nacimiento				Parentesco			Discapacidad				
				M	F	M	M	D	D	A	A	A	A	Hijo	Hno.	Padre	
				M	F	M	M	D	D	A	A	A	A	Hijo	Hno.	Padre	
				M	F	M	M	D	D	A	A	A	A	Hijo	Hno.	Padre	
				M	F	M	M	D	D	A	A	A	A	Hijo	Hno.	Padre	
IV. DATOS ENTIDAD PAGADORA																	
Nombre o Razón Social						Documento		NIT		CC	CE						
						No.											
Dirección						Teléfono				Barrio							
Localidad						Ciudad				Email							
Autorizo al pagador de						Sello Radicación				Sello Grabación							
descontar y entregar a la Caja de Compensación Familiar COMFACHOCO, el 0.6% __ o el 2% __ del valor de mi mesada como aporte mensual de mi afiliación, en cumplimiento del artículo 6 de la ley 71/88, artículos 32 a 36 del decreto 784/89 y los artículos 11 y 12 del decreto 867 de 2014																	
La afiliación como pensionado no da lugar al pago de subsidio familiar en dinero																	
<p>Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a todos los servicios y dependencias de la Caja de Compensación Familiar del Choco, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, para tratar mi información personal y/o biométricos de acuerdo con la Política de tratamiento de datos personales de COMFACHOCO, disponible en nuestro sitio web; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de COMFACHOCO como Caja de Compensación Familiar para:</p> <p>Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mi grupo familiar, informarme sobre cambios o diseños en sus productos o servicios y/o nuevas alianzas y convenios, Evaluar la calidad de sus productos y servicios, Proveer sus productos y servicios requeridos o no por mí, En la realización de estudios internos sobre hábitos de consumo y/o estadística, Enviarme información comercial, publicitaria o promocional sobre sus servicios, eventos y/o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar, y de manera general, llevar a cabo campanas, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios sociales de la Caja de Compensación para sus afiliados, Compartir, incluyendo la transferencia y trasmisión de mis datos personales, a las administradoras encargadas de la seguridad social, dirigidos a la actualización de mi información y/o traslado en el sistema, Compartir, incluyendo la transferencia y trasmisión de mis datos personales a terceros países para los fines relacionados con las funciones propias de Caja de Compensación. Estas actividades las podrán realizar a través de correo físico, electrónico, celular o dispositivo móvil, o a través de cualquier medio análogo y/o digital de comunicación, conocido o por conocer.</p>																	
Nombre						Firma											
Identificación						Fecha											
Para uso exclusivo de la Caja																	
Observaciones																	
Documentos Recibidos																	
Registro Civil		Fotocopia Cedula		Fotocopia Tarjeta de identidad		Certificado Discapacidad											

## DOCUMENTOS SOLICITADOS

Plan 25 años	Afilación 2%
<p>Fotocopia de la cedula de ciudadanía del cotizante</p> <p>Fotocopia del último desprendible de la mesada pensional</p> <p>Historia Laboral emitida por el fondo de pensiones al que estuvo cotizando y/o certificaciones laborales de las empresas con las cuales tuvo vinculación laboral, especificando fechas de ingreso y retiro.</p> <p>Certificaciones de las Cajas de Compensación en donde estuvo afiliado, indicando el tiempo de vinculación.</p> <p>Formulario de afiliación.</p> <p>Carta solicitando la afiliación</p> <p>Fotocopia de documentos de identidad por los beneficiarios a vincular:</p> <p><b>Cónyuge o compañero(a) permanente:</b> fotocopia cédula de ciudadanía.</p> <p><b>Para hijos menores de 18 años:</b> Fotocopia registro civil de nacimiento y fotocopia tarjeta de identidad.</p>	<p>Fotocopia de la cédula de ciudadanía del cotizante.</p> <p>Fotocopia del último desprendible de la mesada pensional.</p> <p>Formulario de afiliación.</p> <p>Carta solicitando la afiliación</p> <p>Fotocopia de documentos de identidad por los beneficiarios a vincular:</p> <p><b>Cónyuge o compañero(a) permanente:</b> fotocopia cédula de ciudadanía</p> <p><b>Para hijos menores de 23 años:</b> Fotocopia registro civil de nacimiento y fotocopia tarjeta de identidad o fotocopia cédula de ciudadanía (mayores de 18 años)</p> <p><b>Padres:</b> Fotocopia cédula de ciudadanía de los padres y fotocopia registro civil de nacimiento del cotizante</p>
Ley 1643	Afilación 0,6%
<p>Fotocopia cédula de ciudadanía del cotizante.</p> <p>Fotocopia del último desprendible de mesada pensional.</p> <p>Historia laboral emitida por el fondo de pensiones al que estuvo cotizando y/o certificaciones laborales de las empresas con las cuales tuvo vinculación laboral, especificando fechas de ingreso y retiro</p> <p>Formulario de afiliación</p> <p>Carta solicitando la afiliación.</p> <p>Fotocopia de documentos de identidad por los beneficiarios a vincular:</p> <p><b>Cónyuge o compañero(a) permanente:</b> fotocopia cédula de ciudadanía</p> <p><b>Para hijos menores de 18 años:</b> Fotocopia registro civil de nacimiento y fotocopia tarjeta de identidad</p>	<p>Fotocopia cédula de ciudadanía del cotizante.</p> <p>Fotocopia del último desprendible de mesada pensional.</p> <p>Formulario de afiliación</p> <p>Carta solicitando la afiliación.</p> <p>Fotocopia de documentos de identidad por los beneficiarios a vincular:</p> <p><b>Cónyuge o compañero(a) permanente:</b> fotocopia cédula de ciudadanía</p> <p><b>Para hijos menores de 23 años:</b> Fotocopia registro civil de nacimiento y fotocopia tarjeta de identidad o fotocopia cédula de ciudadanía.</p>