

**INSCRIPCIÓN DE PENSIONADOS, JUBILADOS Y PERSONAS A CARGO  
PARA LOS SERVICIOS DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**

SI TIENE PERSONAS A CARGO MARQUE CON UNA "X":

NUEVA(S) PERSONA(S) A CARGO

**ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA AL RESPALDO**

No. \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PENSIONADO**

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				No. DE IDENTIFICACIÓN			FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO		
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		T.I.	C.C.	C.E.	P.A.					AÑO	MES	DÍA	F	M
ESTADO CIVIL ACTUAL					NIVEL EDUCATIVO											
SOLTERO		CASADO		UNIÓN LIBRE	PRIM.COMPLETA		BTO. COMPLETO		TÉCNICO		UNIVERSITARIO					
SEPARADO			VIUDO		PRIM.INCOMPLETA		BTO INCOMPLETO		TECNOLÓGICO		POSGRADO					
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA					BARRIO DE RESIDENCIA			MUNICIPIO DE RESIDENCIA			TELÉFONO					
No DE AFILIACIÓN (APLICA PARA COLPENSIONES)				VALOR DE LA MESADA PENSIONAL			VALOR			TELÉFONO CELULAR						
							2.0% <input type="checkbox"/> 0.6% <input type="checkbox"/> \$									
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD PAGADORA				CÓDIGO			NIT			NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN DE PENSIONADOS A LA QUE PERTENECE						
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD PAGADORA				CÓDIGO			NIT									TELÉFONO:
VIVE EN CASA PROPIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				CORREO ELECTRÓNICO												

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR QUE ESTÁ AFILIANDO Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL PENSIONADO**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO		FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO					DISCAPACITADO							
				R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.		F	M	AÑO	MES	DÍA	Conyuge o Compañera(o) permanente	Padre o Madre	Hermano Huérfano de Padres	Hijo	SI	NO							

**Autorizo a la entidad pagadora de mi mesada:**  
Para que sea deducido el 2% o el 0,6% del valor mensual de mi pensión (mesada) y dicha deducción sea entregada a la Caja de Compensación Familiar COMFENALCO Antioquia con el fin de cubrir el aporte mensual por mi afiliación, en cumplimiento del artículo 6 de la Ley 71 de 1988 y artículo 32 y siguientes del decreto 784 de 1989.

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PENSIONADO

NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_

La entidad pagadora se da por notificada sobre la autorización de la deducción del 2% o el 0,6% de la mesada del pensionado con destino a la Caja de Compensación COMFENALCO - Antioquia para cubrir el aporte mensual de la afiliación de dicho pensionado.

\_\_\_\_\_

Firma autorizada y sello de la entidad pagadora.

**OBSERVACIONES:**

<p align="center">_____ FIRMA DEL PENSIONADO IDENTIFICACIÓN:</p>	<p><b>USO EXCLUSIVO DE COMFENALCO ANTIOQUIA</b></p>					<p align="center"><b>RECIBIDO COMFENALCO</b></p>
	<p>TIPO DE AFILIDO: PE    PI    PV    PR    PN</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/> </p>					

Esta afiliación estará sujeta a aprobación. Certifico que los datos suministrados son verídicos y podrán ser validados con otras fuentes de información. La información suministrada es para uso exclusivo de COMFENALCO Antioquia y sus entes reguladores. VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

F4. 4.9-25-000-18

VIGILADO **SuperSubsidio**  
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

# INSTRUCCIONES Y REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA

## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

- Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
- No escriba en los espacios sombreados.
- Marque con una X en los espacios que indiquen opciones para escoger.
- No se aceptan formularios con letra ilegible o que presenten tachones o enmendaduras.
- Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte ningún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma autorizada y sello de la entidad pagadora.
- No se aceptan documentos ilegibles, con tachones o enmendaduras.
- Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nueva(s) Persona(s) a Cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relaciona unicamente del nuevo beneficiario.
- Obligatoriamente llene todos los datos del formato y adjunte todos los documentos que en su caso particular debe acreditar. Ver cuadro adjunto.
- Es indispensable la firma y sello de la entidad pagadora.
- El valor del 2% o el 0,6% deberá ser calculado sobre el total de la mesada pensional.

## CAUSALES DE RECHAZO Y DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formato debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte ningún campo por diligenciar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la entidad pagadora.

- Si algo falta, no podremos recibirle el formulario, ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
- Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos y serán devueltos inmediatamente.
- Documentos enviados vía fax no son válidos.

## CATEGORIAS PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS:

TIPO DE AFILIACIÓN      SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES

A	Hasta dos SMMLV
B	De dos a cuatro SMMLV
C	mas de cuatro SMMLV

## OBSERVACIONES GENERALES

- Esta solicitud es voluntaria. Los pensionados que deseen afiliarse a un Caja de Compensación Familiar, pueden hacerlo de conformidad con el artículo 6° de la Ley 71 de 1988 y artículos 32 y siguientes del Decreto 784 de 1989.
- Para aquellos pensionados o jubilados que devengan hasta 1,5 smmlv, se podrán afiliar sin realizar pago de aportes para los servicios de recreación, deporte y cultura, conforme a lo establecido en la Ley 1643 de 2013 y el decreto 867 de 2014.
- Para los pensionados o jubilados que demuestren 25 años de afiliación o más al sistema de compensación familiar, se podrán afiliar sin realizar pago de aportes para los servicios de recreación, capacitación y turismo social, según la Ley 789 de 2002, artículo 9, parágrafo 2°.
- Los beneficiarios que tengan su capacidad disminuida que les impida trabajar, causaran derecho a los servicios, sin limitación en razón de su edad.

## AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar COMFENALCO ANTIOQUIA, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 14 y 15 del Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, cuenta con una Política de Tratamiento de datos personales, publicada en la página web <http://www.comfenalcoantioquia.com>, en la cual se encuentran previstas las finalidades para las cuales COMFENALCO ANTIOQUIA realiza el tratamiento de datos personales y se detalla la manera en que usted puede ejercer sus derechos.

Mediante su autorización, COMFENALCO ANTIOQUIA podrá realizar el tratamiento de la información a efectos de:

- Organizar y pagar el subsidio familiar en dinero y en especie.
- Prestar los servicios misionales de conformidad con la Ley.
- Suministrar información sobre ofertas y oportunidades relacionadas con los servicios y productos que ofrece COMFENALCO ANTIOQUIA o ajustes en los mismos.
- Realizar gestiones de cobranza.
- Realizar encuestas para el cumplimiento de los objetivos de la Caja de Compensación Familiar, evaluar la calidad del servicio y realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo y perfiles de afiliados y usuarios actuales o potenciales.
- Adelantar los procesos de selección del personal de COMFENALCO ANTIOQUIA y sus contratistas.
- Suministrar información a terceros aliados de la Caja, cuando resulte necesario para la ejecución, entrega o desarrollo de bienes o servicios propios o de los aliados. En todo caso el listado de aliados se mantendrá actualizado en la página web en el vínculo donde se encuentra publicada la política de tratamiento. Tratándose de un menor de edad, la autorización para el tratamiento de los datos deberá ser otorgada por su representante legal.

COMFENALCO ANTIOQUIA, en cumplimiento de su objeto social y de la Ley, en casos excepcionales requerirá información personal sensible de forma expresa, casos en los cuales el titular no estará obligado a dar su autorización.

Usted puede acceder en cualquier momento a los datos suministrados y solicitar su corrección, actualización o supresión en nuestras unidades y centros de servicios, en nuestra línea telefónica 444 71 10, en nuestra página web o a través del correo electrónico [protecciondedatos@comfenalcoantioquia.com](mailto:protecciondedatos@comfenalcoantioquia.com).

Teniendo conocimiento del aviso de privacidad, autorizo de manera libre, expresa, voluntaria, y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados o en representación del menor de edad para que la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Antioquia realice el tratamiento de los mismos.

Para mayor información, debe dirigirse a cualquiera de nuestras Unidades, Centros de Servicios o comunicarse al Contact Center al 444 71 10 o a través de [www.comfenalcoantioquia.com](http://www.comfenalcoantioquia.com).

PARA LA AFILIACIÓN DE:	DOCUMENTACIÓN INDISPENSABLE PARA LA AFILIACIÓN
<b>PENSIONADO O JUBILADO</b>	Fotocopia ampliada a media carta y legible del documento de identidad: Tarjeta de Identidad para menores de 18 años de edad, cédula de ciudadanía para mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros.
<b>CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE NO JUBILADO O PENSIONADO</b>	Fotocopia ampliada a media carta y legible del documento de identidad: Tarjeta de Identidad para menores de 18 años de edad, cédula de ciudadanía para mayores de 18 años de edad, Para cónyuge fotocopia del Registro Civil de Matrimonio, para compañero(a) permanente Declaración Juramentada formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la
<b>LOS HIJOS DEL PENSIONADO:</b>	Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento para acreditar parentesco.
* SOLTERO(A)	Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Tarjeta de Identidad para edades entre siete (7) y menores de dieciocho (18) años de edad, cédula de ciudadanía para los mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros.
* MATRIMONIALES	
* EXTRA-MANTRIMONIALES	Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
* HIJASTROS	
* HIJOS DE COMPAÑERO(A) PERMANENTE	
<b>LOS HERMANO(S) HUÉRFANOS DE PADRES</b>	Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento tanto del trabajador como de los hermanos, para acreditar parentesco.
	Fotocopia del Registro Civil de Defunción de ambos padres.
	Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Tarjeta de Identidad para edades entre siete (7) y menores de dieciocho (18) años de edad, cédula de ciudadanía para los mayores de 18 años de edad, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros.
	Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
<b>LOS PADRES MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD, NO JUBILADOS, NO PENSIONADOS, QUE NO RECIBAN SALARIO O RENTA</b>	Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento del Pensionado o Jubilado, para acreditar parentesco.
	Fotocopias ampliadas a media carta y legibles de los documentos de identidad: Cédula de ciudadanía, cédula de Extranjería o pasaporte para extranjeros.
	Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
<b>LOS BENEFICIARIOS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SIN LÍMITE DE EDAD</b>	Debe presentar Certificado Médico de Evaluación de discapacidad, expedido por COMFENALCO Antioquia o por entidad debidamente facultada para otorgar este tipo de certificados. Para mayor información presentarse en la Oficina de Reconocimiento de Cuota Monetaria ubicada en la carrera 50 53-43, Sede Administrativa y de Servicios Comfenalco Palacé, en horario de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 12:00 m y de 1:00 p.m. a 5:00 p.m., teléfonos 510 84 54 - 510 83 93.