

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							
ORIENTACIÓN SEXUAL:	HETEROSEXUAL		BISexual		PERTENENCIA ÉTNICA:		AFROCOLOMBIANO		PALANQUERO		COMUNIDAD NEGRA		NO SE AUTO RECONOCE COMO NING.				
	HOMOSEXUAL		INF NO DISPO				ROOM/GITANO		INDIGENA		RAIZAL SANANDRES		NO DISPONIBLE				

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				BARRIO DE RESIDENCIA		MUNICIPIO DE RESIDENCIA		TELÉFONO				
No DE AFILIACIÓN (APLICA PARA COLPENSIONES)				VALOR DE LA MESADA PENSIONAL \$		<b>TIPO DE PENSIONADO</b> Afiliación que no requiere aportes: 1) Aquellos con mesada hasta 1,5 S.M.L.M.V <input type="checkbox"/> 2) Aquellos que estuvieron afiliados 25 años o más, a las Cajas de Compensación Familiar: <input type="checkbox"/> Afiliación con aportes: 2,0% <input type="checkbox"/> \$ _____ ó el 0,6% <input type="checkbox"/> \$ _____ Para uso exclusivo de Comfenalco Antioquia: PC <input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> PK <input type="checkbox"/> PL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> PQ <input type="checkbox"/>						
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD PAGADORA			CÓDIGO		NIT		TELÉFONO		NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN DE PENSIONADOS A LA QUE PERTENECE			

**FACTOR DE VULNERABILIDAD (VER REFERENCIA AL REVERSO)**

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13

VIVE EN CASA PROPIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CORREO ELECTRÓNICO				TELÉFONO CELULAR			
ACTUALMENTE ESTÁ AFILIADO A UNA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR:					A CUAL ?				
<input type="checkbox"/> SI					<input type="checkbox"/> NO				

**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 (SI Ó NO)		
				R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	P.E.	V.I.		F	M	AÑO	MES	DÍA	Cónyuge o Compañera(o)	Padre o Madre	Hermano Huérfano de Padres	Hijo	Beneficiario con custodia			

**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:

FIRMA DEL PENSIONADO IDENTIFICACIÓN: _____	RECIBIDO COMFENALCO
---	---------------------

FA. 4.9-25-000-18



# 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.
- 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.
- 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 relacionada únicamente 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.
- El valor del 2% o el 0,6% deberá ser calculado sobre el total de la mesada pensional.

## CAUSALES DE RECHAZO Y DEVOLUCIÓN

- 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.

### Si eres pensionado puedes disfrutar de los servicios de la Caja, más no al pago de la Cuota

-Para los que devenguen hasta 1,5 smmlv o aporten el 0,6% te brindamos los siguientes servicios:

- Recreación
- Deporte
- Cultura

-Para los que aporten el 2,0% te brindamos los siguientes servicios:

Tendrás acceso a los siguientes servicios:

- Subsidio de vivienda
- Recreación
- Cultura
- Educación
- Deporte
- Turismo

### Para los que pensionados con afiliación de 25 años o más, al sistema de Subsidio familiar:

Te brindamos los siguientes servicios: Capacitación, recreación y turismo  
Los servicios son ofrecidos en la categoría más baja por COMFENALCO ANTIOQUIA (categoría A). Este beneficio aplica únicamente para el pensionado y no se extiende a su grupo familiar, de acuerdo a lo establecido en la Circular 003 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar. Si deseas, que tu familia obtenga beneficios, te invitamos a realizar el aporte del 0,6% o 2,0%.

## FACTOR DE VULNERABILIDAD

- Desplazado;
- Víctima del conflicto armado (no desplazado);
- Desmovilizado o reinsertado;
- Hijo(as) desmovilizados o reinsertados;
- Damificado desastre natural;
- Cabeza de familia;
- Hijo(as) de madres cabeza de familia;
- En condición de discapacidad;
- Población migrante;
- Población zonas frontera (nacionales);
- Ejercicio del trabajo sexual;
- No aplica;
- No disponible.

## 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.

## 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.
	Carta de solicitud de afiliación.
	Colilla de la mesada pensional o comprobante de pago.
	Resolución de pensión para las personas con mesada hasta 1.5 smmlv.
	Historia Laboral o certificado de afiliación a otra Caja de Compensación Familiar (aplica para los pensionados 25 años).
	Cerificado de paz y salvo valido para Cambio de Caja, en caso de que haya estado en otra Caja en la región.
<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, cédula de Extranjería, Permiso especial de permanencia, Permiso de protección temporal o pasaporte para extranjeros.
	Para cónyuge fotocopia del Registro Civil de Matrimonio, para compañero(a) permanente Declaración Juramentada formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Unión Libre.
<b>LOS HIJOS DEL PENSIONADO:</b>	Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento para acreditar parentesco.
	* SOLTERO(A)
	* MATRIMONIALES
	* EXTRA-MANTRIMONIALES
* HIJASTROS	Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
<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.
	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, Permiso especial de permanencia, Permiso de protección temporal 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.
	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, Permiso especial de permanencia, Permiso de protección temporal o pasaporte para extranjeros.
	Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
<b>BENEFICIARIO EN CUSTODIA</b>	Fotocopia del Folio del Registro Civil de Nacimiento para acreditar parentesco.
	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
	Custodia de los beneficiarios expedida por autoridad competente.
	Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfenalco Antioquia, para acreditar la Dependencia Económica.
<b>LOS BENEFICIARIOS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SIN LÍMITE DE EDAD</b>	Para aquellas personas a cargo que aplican según la normatividad actual, la Resolución 113 de 2020 del ministerio de Salud y Protección Social, define que la expedición del Certificado de discapacidad ya no está a cargo de la EPS, éste será emitido sin costo alguno por equipos multidisciplinarios de las IPS asignadas por la Secretaria de Salud Distrital o Municipal.
<b>AFILIACIÓN EN OTRA CAJA DE COMPENSACIÓN</b>	Para aquellas personas que estuvieron afiliadas a otra caja de compensación en la misma región debe presentar Cerificado de Paz y Salvo expedido por la Caja anterior.