

Zaragocilla Diag. 30 No. 50-187. PBX: 693 8000 - 7074 - 7138 - 7202.

FORMULARIO PARA AFILIACIÓN DE PENSIONADOS

(Presente este formulario por duplicado, en imprenta o máquina)

INSCRIPCIÓN ADICIÓN DE BENEFICIARIOS

I DATOS DEL PENSIONADO QUE SOLICITA LA AFILIACIÓN											
Nombres			1er. Apellido:			2do. Apellido:			Nº Cédula		
Dirección						Ciudad			Teléfono		
FECHA NACIMIENTO	DD	MM	AÑO	SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
No. y Fecha de la Resolución que otorgó la pensión				Asociación de Pensionados a la que pertenece				Valor Mensual de la Pensión			

PORCENTAJE DE APORTES: 0,6% 2%

II PERSONA (S) A CARGO DEL PENSIONADO																				
Cédula Ciudadana o Documento Identidad	NOMBRE DE LAS PERSONAS A CARGO (Incluye cónyuge, compañero(a))					SEXO		FECHA NACIMIENTO			Parentesco					Actividad				
						M	F	Día	Mes	Año	Cónyuge o comp.	Hijo	Padre	Madre	Hermano	Estudia	Trabaja	Invalid.		

III ENTIDAD PAGADORA

Nombre o razón social

NIT.

Dirección

Ciudad

AUTORIZO AL PAGADOR DE:

PARA DESCONTAR Y ENTREGAR A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO- ANDE "COMFENALCO", EL 2% DEL VALOR DE MI MESADA, COMO APORTE MENSUAL POR MI AFILIACIÓN, EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 6o. DE LA LEY 71/88

LA ENTIDAD SE DA POR NOTIFICADA DE LA AUTORIZACIÓN DEL PAGO DEL 2% DE LA MESADA DEL PENSIONADO

Firma y C.C. del Pensionado

Firma y C.C. del Pensionado

