



NIT. 890.480.023-7



Caja de Compesación Familiar de Fenalco - Andi Comfenalco - Cartagena

Zaragocilla Diagonal 30 No. 50-187. pbx: (5) 6723800
www.comfenalco.com

FORMULARIO PARA AFILIACIÓN DE PENSIONADOS SIN APORTES

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

| I. DATOS DEL PENSIONADO QUE SOLICITA LA AFILIACIÓN | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|---------------|-----------------------------|--|---------------|--|----------------------------|---|---|--|
| Nombres | | | 1er. Apellido | | | 2do. Apellido | | | No. Cédula | | |
| Dirección | | | | | Ciudad | | | Teléfono | | | |
| Fecha Nacimiento | Día | Mes | Año | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | 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 otorgo la pensión | | | | Fondo de Pensiones otorgado | | | | Valor Mensual de la Mesada | | | |

| II. PERSONAS A CARGO DEL PENSIONADO | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------|---|------------------|-----|-----|--------------------|------|-------|-------|---------|-----------|---------|----------|--|--|
| Cédula Ciudadania/ Documento Identidad | NOMBRE DE LAS PERSONAS A CARGO (Incluye conyuge y compañero(a)) | SEXO | | FECHA NACIMIENTO | | | Parentesco | | | | | Actividad | | | | |
| | | M | F | Día | Mes | Año | Cónyuge o comp. | Hijo | Padre | Madre | Hermano | Estudia | Trabaja | Invalid. | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

La presente solicitud la hago bajo gravedad del juramento, en concordancia con el art. 83 de la Constitución Nacional, motivo por el cual certifico que todos los documentos a este adjunto son verídicos en la información que ellos contienen y por tanto me responsable de la información aquí suministrada y del uso en el sistema que las personas autorizadas realicen, de acuerdo con lo contemplado en la ley y en los términos y condiciones de uso.

Firma y C.C. del Pensionado

III. PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

OBSERVACIONES

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

| | | | | | |
|----------------|-----|-----------------|-------|---------------|------------|
| Aprobado para: | | Código Rechazo: | Zona: | Revisado por: | Procesado: |
| Año | Mes | | | | |
| | | | | | |

Autorizo al tratamiento de mis datos personales incorporados en la solicitud y en otros documentos, tal y como se dispone en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y su decreto reglamentario 1377 del 27 de junio de 2013. Del mismo modo, siempre que así lo estime, podré ejercitar mi derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición relativo a este tratamiento, dirigiéndome siempre por escrito.

Firma _____

Nombre _____

Cédula _____