

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 AFILIACION									
Nombres		1er. Apellido			2do. Apellido			No. Cédula	
Dirección					Ciudad			Teléfono	
Fecha Nacimiento	Día	Mes	Año	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Divorciado
				<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<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	Conyuge 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				