



SOLICITUD DE AFILIACIÓN PENSIONADO Y GRUPO FAMILIAR

CÓDIGO: FT-AR-06

VERSION: 8

FECHA: 30 de
diciembre de 2025**PARTE ①****DATOS DEL PENSIONADO**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	TIPO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
			CC CE	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		BARRIO	CIUDAD	TELÉFONO FÍJO
CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO			FECHA DE NACIMIENTO
				DDD. MMM. AAAA F. M
ESTADO CIVIL		NIVEL DE ESTUDIOS		
SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐		PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICA O TECNOLÓGICA ☐ UNIV. ☐ POSGRADO ☐		
OCUPACIÓN U OFICIO		EPS	FECHA DE PENSIÓN	RESOLUCIÓN DE PENSIÓN
			DD. MM. AAAA	
				VALOR PENSIÓN (\$)

PARTE ②**DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	TIPO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
			CC CE	
DIRECCIÓN		BARRIO	CIUDAD	TELÉFONO FÍJO
CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO			FECHA DE NACIMIENTO
				DDD. MM. AAAA F. M
EMPRESA DONDE LABORA	NIT	SALARIO O PROMEDIO MENSUAL	OCUPACIÓN U OFICIO	

PARTE ③**INSCRIPCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR**

NOMBRES COMPLETOS DE LOS HIJOS, PADRES O HERMANOS QUE CONVIVAN Y DEPENDAN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO	D I S C A P A C I	DOCUMENTO DE IDENTIDAD IDENTIFIQUE EL TIPO
A Ñ O	M E S	D I A	M	F	P A D R E	M A D R E	C. C. T. I. R. C. C. E.
1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES					TIPO
							NÚMERO

PARTE ④**DECLARACIÓN JURAMENTADA Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Declaro bajo la gravedad de juramento que esta información ha sido examinada por mí y que contiene una verdadera y completa relación de los hijos, cónyuge o compañero (a), padre (s). Me comprometo a pagar el ____% del valor de mi ingreso mensual a COMFIAR dentro del plazo establecido en la resolución 1670 del 17 de mayo de 2007, como aporte de mi afiliación. Acepto que mi afiliación no me da derecho al pago de Subsidio Familiar en dinero.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

A) Autorizo expresamente, de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Arauca – COMFIAR, identificada con NIT 800.29.488-4, entidad que presta diversos servicios tales como subsidios, educación, recreación, deportes, cultura, turismo, créditos, así como servicios de empleo a través de su Agencia de Gestión y Colocación de Empleo y del Fondo de Solidaridad, Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), para que, en desarrollo de sus funciones, proceda a recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos suministrados por mí.

En caso de que COMFIAR requiera recolectar o tratar datos sensibles (como información relacionada con salud, datos biométricos, orientación sexual, origen étnico o cualquier otro definido por la ley como sensible), se informa que su suministro es facultativo, no obligatorio, y que dichos datos serán tratados únicamente cuando resulten necesarios para las finalidades legítimas de COMFIAR, garantizando la confidencialidad y seguridad.

Para el tratamiento de datos personales de niños, niñas, jóvenes y adolescentes, COMFIAR garantiza el respeto de sus derechos prevalentes. Dicho tratamiento se efectuará únicamente cuando responda a su interés superior y cuente con la autorización expresa del padre, madre o acudiente responsable, conforme a la Ley 1581 de 2012 y normas complementarias. Todo el tratamiento de datos personales se realizará conforme a la Política de Protección de Datos Personales de COMFIAR, disponible en www.comfiar.com.co

SI ____ NO ____

COMFIAR informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones de la Política de Protección de Datos Personales en el enlace www.comfiar.com.co, y elevar cualquier solicitud, consulta, queja o reclamo a través de los siguientes canales

• Líneas de servicio al cliente: (607) 885 8000 - Línea gratuita 01-8000-945457

• Correo electrónico: protecciondatospersonales@comfiar.com.co

• Personalmente en cualquiera de las sedes de COMFIAR.

B) AUTORIZO a la Caja de Compensación Familiar de Arauca – COMFIAR a enviarme información relacionada con programas y servicios, actividades institucionales, campañas, promociones o comunicaciones de carácter comercial o publicitario, así como invitaciones, evaluaciones del servicio y estudios de mercado, a través de mis datos de contacto.

De igual manera, autorizo recibir notificaciones electrónicas de carácter administrativo u oficial por parte de COMFIAR, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1437 de 2011, la Ley 527 de 1999 y la Ley 1581 de 2012, reconociendo la validez jurídica de las comunicaciones enviadas mediante correo electrónico u otros medios digitales.

SI ____ NO ____

Firma del Pensionado

No. De identificación

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFIAR**OBSERVACIONES**

SELLO RADICADO



Vigilado Supersubsidio

