



SOLICITUD DE AFILIACIÓN PENSIONADO POR FIDELIDAD LEY 2225 DE 2022

CÓDIGO: FT-AR-07

VERSIÓN: 01

FECHA: 17 de marzo de
2023

PARTE ① DATOS DEL PENSIONADO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	TIPO CC CE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN					
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		BARRIO	CIUDAD	TELÉFONO FIJO					
CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO		FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA	SEXO F M					
ESTADO CIVIL		NIVEL DE ESTUDIOS							
SOLTERO <input type="checkbox"/>	CASADO <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA <input type="checkbox"/>	TECNICA / TECNOLÓGICA <input type="checkbox"/>	UNIV. <input type="checkbox"/>	POSGRADO <input type="checkbox"/>
OCUPACIÓN U OFICIO	EPS	FECHA DE PENSIÓN DD MM AAAA	RESOLUCIÓN DE PENSIÓN	VALOR PENSIÓN (\$)					

PARTE ② 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: Autorizo en los términos de la Ley 1581 de 2012 de manera libre, previa y voluntaria a la Caja de Compensación Familiar Comfiar, para el tratamiento de los datos personales suministrados a través de este formulario, como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión, para las finalidades mencionadas en el MANUAL DE POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN SOBRE DATOS PERSONALES que me permitan recibir información sobre los Servicios Sociales y Programas de Comfiar.

FIRMA DEL PENSIONADO

No. DE IDENTIFICACION

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFIAR

OBSERVACIONES:

SELLO RADICADO