

# Afiliación de Pensionados al Sistema de Cajas de Compensación Familiar

Favor elaborar este formulario con letra imprenta y utilizar tinta de color negro  
Los pensionados no serán beneficiarios de la cuota monetaria del subsidio familiar

Para uso exclusivo de Comfama				
BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo		
		AAAA	MM	DD

**Seleccione el tipo de afiliación como pensionado**

Con mesada pensional hasta 1,5 SMLMV con aportes del 2%     
  Con mesada pensional hasta 1,5 SMLMV con aportes del 0,6%     
  Con mesada pensional hasta 1,5 SMLMV sin aporte  
 Con mesada pensional Superior a 1,5 SMLMV con aportes del 2%     
  Con mesada pensional hasta 1,5 SMLMV con aportes del 0,6%

**Datos del Pensionado**

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre Completo	Fecha de nacimiento	Género	Estado civil	Valor Pensión Mensual
CC CE PA RC TI					AAAA MM DD	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Unión <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado   Libre <input type="checkbox"/> Separad.	
Dirección Residencia		Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico	

**Datos de la entidad pagadora o asociación de pensionados (si aplica)**

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social de la entidad que otorga la pensión	Teléfono
NIT				

**Datos de las personas a cargo (Para todos los tipos de afiliación)**

Identificación					Parentesco						Fecha Nacimiento			Género					
Tipo de Identificación					Número	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	Cónyuge	Hijo	Hijastro	Padres/Madre	Hermano huérfano	Discapacidad	AAAA	MM	DD	Femenino	Masculino
CC	CE	PA	RC	TI															

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012.

Indícanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye:

- Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extranjera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice análisis de administración de riesgos.
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biométrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera segura y confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible.  AUTORIZO    NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web [www.comfama.com](http://www.comfama.com). La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail: [protecciondatospersonales@comfama.com.co](mailto:protecciondatospersonales@comfama.com.co), o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Autorizo a (Entidad que paga la pensión) _____ para que sea deducido el 2% de mi mesada con destino a la Caja de Compensación Familiar Comfama, con el fin de cubrir el aporte mensual de mi afiliación en cumplimiento del artículo 5 de Ley 71 de 1988 y artículos 33 y 34 del decreto 784 de 1989 (Aplica únicamente para los pensionados con aportes del 2%).	Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es verídica y cumplo con las condiciones para acceder a los servicios que Comfama ofrece a los pensionados.
_____ Firma	

Espacio para sello de recibido	Espacio para sello de ingresado al sistema
--------------------------------	--------------------------------------------







# Afiliación de Pensionados al Sistema de Cajas de Compensación Familiar

Favor elaborar este formulario con letra imprenta y utilizar tinta de color negro  
Los pensionados no serán beneficiarios de la cuota monetaria del subsidio familiar

Para uso exclusivo de Comfama				
BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo		
		AAAA	MM	DD

**Seleccione el tipo de afiliación como pensionado**

Con mesada pensional hasta 1,5 SMLMV con aportes del 2 %     
  Con mesada pensional hasta 1,5 SMLMV con aportes del 0,6%     
  Con mesada pensional hasta 1,5 SMLMV sin aporte  
 Con mesada pensional Superior a 1,5 SMLMV con aportes del 2%     
  Con mesada pensional hasta 1,5 SMLMV con aportes del 0,6%z

**Datos del Pensionado**

Tipo de Identificación					No. Identificación					Primer apellido					Segundo apellido					Nombre Completo					Fecha de nacimiento			Género		Estado civil					Valor Pensión Mensual				
CC	CE	PA	RC	TI																AAAA	MM	DD	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Separad.										
Dirección Residencia										Departamento					Ciudad/Municipio					Código Postal					Teléfono fijo					Celular					Correo electrónico				

**Datos de la entidad pagadora o asociación de pensionados (si aplica)**

Tipo de Identificación					No. Identificación					D.V					Razón Social de la entidad que otorga la pensión					Teléfono				
NIT																								

**Datos de las personas a cargo (Para todos los tipos de afiliación)**

Identificación										Parentesco					Fecha Nacimiento			Género	
Tipo de Identificación					Número	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos	Cónyuge	Hijo	Hijastro	Padres/Madre	Hermano huérfano	Discapacidad	AAAA	MM	DD	Femenino	Masculino
CC	CE	PA	RC	TI															

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002, por ello la información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012.

Indícanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye:

- Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extranjera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice análisis de administración de riesgos.
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biométrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera segura y confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible.  AUTORIZO  NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web [www.comfama.com](http://www.comfama.com). La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguiente e-mail: [protecciondatospersonales@comfama.com.co](mailto:protecciondatospersonales@comfama.com.co), o podrá dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia).

Autorizo a (Entidad que paga la pensión) _____ para que sea deducido el 2% de mi mesada con destino a la Caja de Compensación Familiar Comfama, con el fin de cubrir el aporte mensual de mi afiliación en cumplimiento del artículo 5 de Ley 71 de 1988 y artículos 33 y 34 del decreto 784 de 1989 (Aplica únicamente para los pensionados con aportes del 2%).	Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es verídica y cumplo con las condiciones para acceder a los servicios que Comfama ofrece a los pensionados.
	_____ Firma

Espacio para sello de recibido	Espacio para sello de ingresado al sistema
--------------------------------	--------------------------------------------

# Información para el diligenciamiento del formulario Afiliación del Pensionado y su Grupo Familiar

## Importante: Lea con detenimiento

### Generalidades

Tipo de Pensionado	
Régimen Ordinario	Con mesada pensional hasta 1.5 SMLMV sin aportes
	Con mesada pensional hasta 1.5 SMLMV con aportes
	Con mesada pensional superior a 1.5 SMLMV con aportes

**Nota:** Para diligenciar el campo Código Postal debe remitirse a la página web: [www.codigopostal.gov.co](http://www.codigopostal.gov.co)

- Los documentos probatorios que se anexan, deben ser legibles, sin enmendaduras y sin resaltador.
- Después de diligenciar el formato coloque los documentos probatorios dentro del bolsillo o sobre disponible en esta misma hoja.
- Los pensionados que deseen afiliarse a una Caja de Compensación Familiar, podrán hacerlo de conformidad con el artículo 6 de la ley 71 de 1988 y artículos 32 y siguientes del decreto 784 de 1989 y 867 del 2014.
- Los trabajadores que hubieren acreditado 25 o más años de afiliación al sistema de compensación familiar y que se encuentren pensionados de acuerdo con el artículo 9 de la ley 789 de 2002.
- La afiliación de los pensionados del régimen ordinario (1.5 SMLMV) podrán hacerlo de conformidad con el artículo 6 de la Ley 71 de 1988, modificado por la ley 1643 de julio 12 de 2013.
- La afiliación de los pensionados puede hacerse de manera individual o por grupo (artículo 32 del decreto 784 de 1989).
- Si la afiliación se hace por grupo, debe hacerse a través de la asociación de pensionados a la cual el solicitante esté vinculado o de la entidad pagadora de la pensión, de conformidad a la ley 71 de 1988.
- Los aportes para la afiliación los efectuará la entidad pagadora, mediante deducción del 2% de la mesada, previa autorización del pensionado (artículos 33 y 34 del decreto 784 de 1989).

Los pensionados que deseen afiliarse a la Caja de Compensación Familiar de Antioquia Comfama, tendrán derecho a acceder a los servicios que se ofrecen de acuerdo al siguiente cuadro:

Tipo de Pensionado	Servicios
Con mesada pensional hasta 1.5 SMLMV con aportes del 2%	Todos los servicios de la caja, exceptuando la cuenta monetaria
Con mesada pensional superior a 1.5 SMLMV con aportes del 2%	
Con mesada pensional hasta 1.5 SMLMV con aportes del 0.6%	Recreación, cultura, deporte, turismo social y capacitación
Con mesada pensional superior a 1.5 SMLMV con aportes del 0.6%	Recreación, turismo social y capacitación
Con mesada pensional hasta 1.5 SMLMV sin aportes	Recreación, cultura y deporte

### Documentos que deben presentarse para la afiliación del pensionado y su grupo familiar

- Fotocopia del documento de identificación del pensionado, de su cónyuge o compañero(a) permanente y de sus personas a cargo:
  - 0 a 6 años: registro civil de nacimiento y si es extranjero el pasaporte.
  - 7 a 17 años: tarjeta de identidad, pasaporte o cédula de extranjería.
  - 18 años en adelante: cédula de ciudadanía, de extranjería o pasaporte.

### Pensionados

- Fotocopia de la colilla de pago de la última mesada del pensionado.
- Fotocopia de la resolución que reconoce la calidad de pensionado o certificado de la entidad pagadora o última colilla de pago y certificaciones de las cajas de compensación familiar donde estuvo afiliado por 25 años o más.
- Fotocopia de la historia laboral y reporte de semanas cotizadas, en las que pueda establecerse los 25 años o más de cotización y los empleadores a través de los cuales los realizó.

### Cónyuge

- Fotocopia del Folio del registro civil o partida eclesiástica de matrimonio del pensionado.
- Nota: No podrán acceder a la afiliación los(as) cónyuges de los pensionados del régimen ordinario (1.5 SMMLV), cuando este ostente la condición de trabajador(a) activo(a).

### Compañero(a) permanente

- Acreditación como compañero(a) permanente. Podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin el cual puede encontrar en la página web [www.comfama.com](http://www.comfama.com).
- Nota: No podrán acceder a la afiliación los(as) compañeros(as) permanentes de los pensionados del régimen ordinario (1.5 SMMLV), cuando este ostente la condición de trabajador(a) activo(a).

### Hijos e hijastros

- Fotocopia de folio del registro civil de nacimiento de los hijos e hijastros.

En el caso de hijastros:

- Constancia a través de la cual el pensionado manifieste que los hijastros conviven y dependen económicamente de él. En este caso podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin, el cual podrá encontrar en la página web [www.comfama.com](http://www.comfama.com).

### Adicionalmente los pensionados del régimen especial podrán afiliar los siguientes beneficiarios:

#### Hermanos huérfanos de padres

- Fotocopia de Folio del registro civil de nacimiento del pensionado.
- Fotocopia de Folio del registro civil de nacimiento de los hermanos huérfanos de padres.
- Fotocopia de Partida eclesiástica de defunción o registro civil de defunción de los padres.
- Constancia a través de la cual el pensionado manifieste que los hermanos huérfanos de padres conviven y dependen económicamente de él. En este caso podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin, el cual podrá encontrar en la página web [www.comfama.com](http://www.comfama.com).
- Nota: No podrán acceder a la afiliación los Hermanos huérfanos de padre del pensionado al régimen ordinario (1.5 SMMLV).

#### Padres

- Fotocopia de Folio del registro civil de nacimiento del pensionado en el que conste el nombre de sus padres.
- Constancia a través de la cual el pensionado manifieste que sus padres dependen económicamente de él. En este caso podrá diligenciar el formato que Comfama tiene establecido para tal fin, el cual podrá encontrar en la página web [www.comfama.com](http://www.comfama.com).
- Nota: No podrán acceder a la afiliación los padres del pensionado que aplica para al régimen ordinario (1.5 SMMLV).

#### Discapacidad

El Pensionado podrá afiliar a sus personas a cargo, sin importar su edad, que presenten capacidad física y/o mental disminuida que les impida trabajar. Para ello, el pensionado debe demostrar la convivencia y dependencia económica de la persona a cargo con la discapacidad, además presentar constancia emitida por una Entidad Promotora de Salud - EPS, por una IPS de la red pública de salud (decretos 1355 de 2008 y 4942 de 2009), o por la Junta Regional de Calificación de Invalidez (decreto 2463 del 20 de noviembre de 2001).

**Comfama podrá requerir pruebas adicionales para acreditar el derecho a la prestación social**