

Antes de diligenciar este formulario lea las instrucciones y el aviso de privacidad al respaldo. Los espacios sombreados son para el uso de la caja

Código empresa:

Razón social empresa:

NIT.:

## DATOS DEL PENSIONADO (A)

Documento:  CC  TI  CE  PEP Número: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: DD / MM / AAAA

1er. apellido: \_\_\_\_\_ 2do. apellido: \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M Estado civil: \_\_\_\_\_ Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estudios: Técnico  Tecnólogo  Profesional  Otros: \_\_\_\_\_ Fecha de pensión: DD / MM / AAAA Valor de la mesada: \_\_\_\_\_

## DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA (O)

Documento:  CC  TI  CE  PEP Número: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: DD / MM / AAAA

1er. apellido: \_\_\_\_\_ 2do. apellido: \_\_\_\_\_ Nombre(s): \_\_\_\_\_

Salario mensual: \_\_\_\_\_ Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Estudios:

Ninguno  Primaria  Secundaria  Técnico  Tecnólogo  Profesional  Otro: \_\_\_\_\_

### Conviven:

SI  NO

## GRUPO FAMILIAR

(Leer instrucciones al respaldo)

IDENTIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR					PARENTESCO					DISCAPACIDAD		EDAD	
Nombres y apellidos completos	Tipo de documento <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PEP	Número documento	Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA	Sexo <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	1.	2.	3.	4.	5.	Física <input type="radio"/>	Cognitiva <input type="radio"/>		
													<input type="radio"/>
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

¿Cuál fue la última Caja de Compensación en la que estuvo afiliado?:

Porcentaje de Pago: 0%  0.6%  2%

EN CASO QUE LAS CASILLAS SEAN INSUFICIENTES UTILICE OTRO FORMATO

Parentesco: 1. Hijo de cónyuge. 2. Hijo adoptivo 3. Hijastro 4. Hermanos huérfanos 5. Padre/Madre

**Aviso de privacidad:** La CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO – COMFAMILIAR ATLÁNTICO comunica a los afiliados pensionados que la información personal que trata de estos la realiza por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen legal aplicable a esta Cajas de Compensación Familiar y demás normas legales que aplican a la luz del sistema de Compensación Familiar vigente en Colombia. Es posible que durante la afiliación al sistema de Compensación Familiar, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, COMFAMILIAR ATLÁNTICO recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera; los cuales serán tratados de acuerdo con el principio de seguridad, confidencialidad y demás principios aplicables al tratamiento de datos personales consagrado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Ley Estatutaria 1266 de 2008, cuando esta última sea de aplicación. Los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen de Compensación Familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que por ley está en capacidad de ofertar esta Caja de Compensación Familiar. COMFAMILIAR ATLÁNTICO informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométricos con el fin de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio si esto aplicase y así prevenir los fraudes que afectarían al sistema de Compensación Familiar en detrimento de los dineros públicos que gestiona como Caja de Compensación Familiar. Se informa que el pago de subsidios, si esto aplicase, podrá realizarse a través de terceros. En atención al principio de legalidad esta Caja de Compensación tiene como obligaciones suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el Sistema de Compensación Familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQRSFs, entre otras finalidades amparadas en un interés legítimo. Para los tratamientos y finalidades antes descritas COMFAMILIAR ATLÁNTICO podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, fax, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura. Asimismo, cumpliendo las normas vigentes, se informa que los datos personales tratados en el marco de las finalidades vinculadas al sistema de Compensación Familiar y/o en relaciones contractuales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados del tratamiento de datos, en centro de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica u otros. Del mismo modo, para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado, como lo es Catastro Municipal, Registraduría Civil, entre otros; y con otras Cajas de Compensación Familiar, agremiaciones u otras entidades de protección social, en cumplimiento de las obligaciones de ley. El pensionado de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por esta Caja de Compensación, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de Compensación Familiar. Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación escrita a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 – 104 en la ciudad de Barranquilla. Quien ejerza el Habeas Data deberá suministrar con precisión los datos de contacto solicitados para efecto de tramitar, atender y responder su solicitud y desplegar las cargas para el ejercicio de sus derechos. Recibida la solicitud de ejercicio de Habeas Data, COMFAMILIAR ATLÁNTICO dará respuesta en los términos de ley. La Política de Privacidad puede ser consultada en cualquiera de nuestras sedes o en nuestra web <https://www.comfamiliar.com.co> y seleccionar el enlace política de privacidad.

Firma del pensionado  
C.C.

### OBLIGACIONES QUE SE CONTRAEN

El pensionado se obliga con Comfamiliar, para que en el evento que se produzca la terminación con el pensionado beneficiario del subsidio y este haya recibido suma a buena cuenta del subsidio familiar, le rendirá de su salario y prestaciones sociales las sumas adeudadas a la Caja, para lo cual el pensionado lo autoriza, al firmar este documento. Para todos los efectos legales certifico que este formulario contiene una verdadera y completa información sobre los hijos, cónyuge o compañera(o), padres y hermanos.

Firma del pensionado  
C.C.

Firma del pensionado  
C.C.

### RECIBIDO

DD / MM / AAAA

## PARA TENER EN CUENTA

Este formulario debe ser diligenciado por el pensionado que al estar afiliado a Comfamiliar Atlántico, necesita incluir otras personas a cargo, previo cumplimiento de los requisitos contemplados en la Ley 21 de 1982 y Ley 789 de 2002.

## PERSONAS A CARGO

- a. Los hijos legítimos, extramatrimoniales, adoptivos y los hijastros que no sobrepasen los 18 años de edad.
- b. Los hermanos huérfanos de padres (padre y madre) que no sobrepasen los años de 18 años de edad y que convivan con el pensionado.
- c. Los padres mayores de 60 años.
- d. Cónyuge sin límite de edad.

## DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR PARA INSCRIPCIÓN

- a. Pensionado  
Fotocopia de la cédula, copia de la resolución o certificado de pensión, copia del último volante de pago.  
Carta de solicitud de afiliación (Ver adjunto).
- b. Cónyuge  
Fotocopia de la cédula.
- c. Hijos legítimos,  
hijos extramatrimoniales  
Registro civil legible sin enmendaduras ni tachones donde aparezca el nombre de los padres para poder establecer el parentesco con NUIP de 10 dígitos para los menores nacidos desde el año 2000 y número serial o NIP de once dígitos para los nacidos del año 1999 hacia atrás.
- d. Hijos adoptivos  
Registro civil legible sin enmendaduras ni tachones o sentencia del juez de menores que autorizó la adopción.
- e. Hijastros  
Registro civil legible sin enmendaduras ni tachones. Demostrar la unión marital de hecho durante un lapso no inferior de dos años con el padre o madre del menor.
- f. Hermanos huérfanos  
de padres  
Registro civil legible sin enmendaduras ni tachones, partida de defunción del padre y madre, registro civil del pensionado.
- g. Padres  
Fotocopia de la cédula de ciudadanía, registro civil del pensionado o partida de bautismo.
- h. Limitado físicamente o  
discapacitado  
Los padres hijos y hermanos huérfanos de padres en cualquier edad, que se encuentren inválidos o tengan la capacidad física disminuida deben presentar certificación original de la EPS en que se encuentren afiliados o de la Junta Regional de Calificación de Invalidez en la que conste que la persona se encuentra impedida para laborar, en caso de que no estén afiliados al sistema de seguridad social. Estas personas a cargo recibirán doble cuota de Subsidio Familiar sin ninguna limitación en razón de su edad.

## INSTRUCCIONES DE AFILIACIÓN

Decreto reglamentario 867 del 7 de mayo de 2014

Artículo 3. Afiliación. Los pensionados que devenguen hasta uno punto cinco (1.5) salarios mínimos mensuales legales vigentes SMLV de mesada. Se afiliarán a la Caja de Compensación Familiar a la que estuvieron afiliados en su última vinculación laboral. En ningún caso podrán estar afiliados a más de una Caja de Compensación Familiar.

Artículo 4°. Permanencia de la afiliación y novedades. El pensionado mantendrá su afiliación a la Caja de Compensación Familiar mientras ostente tal condición y tendrá la obligación de reportar a la Caja correspondiente cualquier circunstancia que modifique su condición de afiliación, en especial, la reliquidación de su mesada pensional o los cambios relacionados con su núcleo familiar cubierto, sin perjuicio de la verificación que adelantarán las Cajas.

Artículo 11. Aportes voluntarios de los pensionados con mesadas de hasta uno y medio (1.5) SMLMV para acceder a los servicios distintos de recreación, deporte y cultura. Los pensionados con mesadas de hasta uno punto cinco (1.5) SMLMV voluntariamente podrán aportar a las Cajas de Compensación Familiar el cero punto seis por ciento (0.6%) sobre la correspondiente mesada pensional, para acceder adicionalmente a los servicios de turismo y capacitación, o el dos por ciento (2%) sobre la misma, para acceder a todas las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores activos, excepto la cuota monetaria.

Artículo 13. Tarifas. los pensionados con mesadas de hasta el uno punto cinco (1.5) SMLMV, pagarán la tarifa más baja vigente para acceder a los servicios de recreación, deporte y cultura que ofrezca la Caja de Compensación Familiar.

Los pensionados con mesada superior a uno punto cinco (1.5) SMLMV pagarán por los servicios a que tengan derecho, la tarifa que corresponda según lo establecido por el artículo 5° del Decreto 827 de 2003 o la norma que lo modifique, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 9° de la Ley 789 de 2002.

En todo caso la afiliación de los pensionados a las Cajas de Compensación no da derecho al pago de cuota monetaria.

**Aviso de Privacidad y Autorización de tratamiento de datos por parte del Afiliado para acceder a beneficios y/o descuentos como Afiliado.** Entiende el AFILIADO que el aviso de privacidad antes dispuesto informa sobre las finalidades y tratamientos que por disposición legal debe realizar esta Caja de Compensación en el marco de las obligaciones que derivan del sistema de compensación familiar.

El AFILIADO, mientras tenga tal calidad, a través de este aviso otorga su autorización expresa, informada e inequívoca para que esta Caja de Compensación remita información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario respecto de los servicios de Educación, Vivienda, Recreación, Salud, Turismo, Crédito, Deporte, Cultura, Empleo que oferta esta organización a los afiliados. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios esta Caja de Compensación podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. En aras de obtener mayor número de beneficios para los afiliados y beneficiarios es posible que esta organización celebre acuerdos comerciales con terceros como almacenes de cadena, establecimientos comerciales, establecimientos educativos, entre otros; caso en el cual estos deberán acceder a la información mencionada en esta cláusula para otorgarlos. Es posible que esta organización y/o terceros mencionados para otorgar los descuentos y/o beneficios realicen consultas en bases de datos disponibles al público y en bases de datos de riesgo crediticio. El titular de los datos en cualquier momento podrá ejercer el derecho al Habeas Data a través de las facultades de conocer, actualizar, rectificar, oponerse y/o suprimir su información; para ello podrá remitir comunicación electrónica al siguiente correo: [privacidad@comfamiliar.com.co](mailto:privacidad@comfamiliar.com.co) o dirigiendo una comunicación escrita a la siguiente dirección física: Calle 48 # 43 - 104 en la ciudad de Barranquilla. La Política de Privacidad puede ser consultada en cualquiera de nuestras sedes o en nuestra página web: <https://www.comfamiliar.com.co> haciendo clic en el enlace Política de Privacidad.

Firma del pensionado  
C.C.

Barranquilla,

Señores

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFAMILIAR ATLÁNTICO

Asunto: Afiliación de aportante a Caja de Compensación Familiar

Cordial saludo,

Cumpliendo con los requisitos exigidos por la Caja de Compensación Familiar, por medio de la presenta carta solicito la afiliación.

Tipo de Solicitud \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre Completo Solicitante: \_\_\_\_\_

Valor Mensual de Ingresos: \_\_\_\_\_

Declaración de la Fuente de Ingresos: \_\_\_\_\_

Afiliación a otra Caja de Compensación: \_\_\_\_\_

Atentamente,

NOMBRE:

C.C.