

# Solicitud de Afiliación Pensionados



Marque con X el tipo de modalidad de afiliación como pensionado

Pensionado 25 años  Pensionado Sin Aporte (Ley 1643)   
 Pensionado Aportante 2%  Pensionado Aportante 0.6%

No. Radicación	A	A	A	A	M	M	D	D
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---

## I. Datos básicos del pensionado

Primer apellido		Segundo apellido		Nombres			
Fecha de nacimiento A A A A M M D D		Sexo M F		Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre		Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	
Lugar de nacimiento		Fecha y lugar de expedición del documento de identidad					
Valor mensual de la pensión \$		Número y fecha de la resolución		Dirección			
Barrio		Localidad		Ciudad			
Teléfono fijo		Celular		Autorización de envío por SMS Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
E-mail		Autorización de envío por E-Mail Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

## II. Datos del cónyuge o compañero

Primer apellido		Segundo apellido		Nombres			
Fecha de nacimiento A A A A M M D D		Sexo M F		Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		Labora actualmente Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Lugar de nacimiento		Fecha y lugar de expedición del documento de identidad					

## III. Datos del grupo familiar

Apellidos	Nombres	Documento de identificación		Sexo		Fecha de nacimiento				Parentesco			Uso exclusivo Compensar				
		Tipo	Número	M	F	A	A	A	M	M	D	D	Hijo	Herm	Padre	Clase	Discap.

## IV. Datos entidad pagadora

Nombre o razón social		Tipo de documento Nit. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	
Dirección		Teléfono	
Localidad		Ciudad	
E-mail		Barrio	
Autorizo al pagador de _____ para descontar y entregar a la Caja de Compensación Familiar Compensar, el 0.6% <input type="checkbox"/> o 2% <input type="checkbox"/> del valor de mi mesada como aporte mensual de mi afiliación, en cumplimiento del artículo 6 de la Ley 71/88, artículos 32 a 36 del Decreto 784/89 y los artículos 11 y 12 del Decreto 867 de 2014.		Sello radicación  Sello grabación	
Firma y cédula del pensionado		La información de éste formato está sujeta a verificación	

## Para uso exclusivo de la Caja

Observaciones:

## La afiliación como pensionado no da lugar al pago de subsidio familiar en dinero

### Autorización tratamiento de datos personales

Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a todos los servicios y dependencias de la Caja Compensar y Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, para tratar mi información personal y/o biométricos de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de Compensar, disponible en: <http://www.compensar.com.co/protecciondatos.aspx>; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de Compensar como Caja de Compensación y EPS para:

Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mi grupo familiar. Informarme sobre cambios o diseños en sus productos o servicios y/o nuevas alianzas y convenios, Evaluar la calidad de sus productos y servicios, Proveer sus productos y servicios requeridos o no por mí, En la realización de estudios internos sobre hábitos de consumo y/o estadísticas, Enviarme Información comercial, publicitaria o promocional sobre sus servicios, eventos y/o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios sociales de la Caja de Compensación y EPS para sus afiliados, Compartir, incluyendo la transferencia y transmisión de mis datos personales, a las administradoras encargadas de la seguridad social, dirigidos a la actualización de mi afiliación y/o traslado en el sistema, Compartir, incluyendo la transferencia y transmisión de mis datos personales a terceros países para los fines relacionados con las funciones propias de Caja y EPS. Estas actividades las podrán realizar a través de correo físico, electrónico, celular o dispositivo móvil, o a través de cualquier medio análogo y/o digital de comunicación, conocido o por conocer.

Nombre	Firma
Identificación	Fecha

## Para uso exclusivo de Compensar - Documentos recibidos

Registro Civil  Fotocopia cédula  Fotocopia tarjeta de identidad  Certificado de discapacidad

FOR-PVE-0099