

CLASE DE NOVEDAD

- Inscripción de pensionado.
 Inscripción cónyuge o compañero (a)
- Inscripción personas a cargo.
 Adición de personas a cargo.

DATOS DEL PENSIONADO

Nombre completo:
 Cédula: Ciudad: Fecha de nacimiento: Día Mes Año
 Estado civil: Casado Viudo Soltero Otro. ¿Cuál? Sexo: F M
 Dirección de residencia: Ciudad:
 Teléfono fijo: Celular: e-mail:
 Fecha de pensión: Día Mes Año Resolución: Valor de pensión: \$
 Nivel de estudios: Primaria Secundaria Técnico Profesional

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A)

Nombre completo:
 Cédula: Fecha de nacimiento: Día Mes Año
 Ocupación: Hogar Independiente Empleado Desempleado

DESCRIPCIÓN FAMILIAR

Documento de identidad	Nombres de las personas que dependan económicamente del pensionado. (hijos menores de 18 años)			Sexo		Fecha de nacimiento			Parentesco		
	Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	F	M	Día	Mes	Año	Hijo	Hijastro	Adoptivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No. de personas aprobadas:

MESES COTIZADOS

Cajas de Compensación Familiar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo conforme a la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca, COMFACUNDI con NIT 860.045.904-7, para que recolecte, almacene, utilice, administre, circule, transfiera o transmita mis datos personales directa o a través de terceros. Los datos personales serán tratados con el fin de dar cumplimiento a las funciones propias de COMFACUNDI, para la prestación de los servicios como pensionado, la evaluación de sus servicios, actualización de datos personales, atención al cliente (dar respuesta a consultas, peticiones, quejas o reclamos), de mercadeo (como análisis de consumos, trazabilidad de marca entre otros), comerciales (informar a través de medios telefónicos o electrónicos como SMS, correo electrónico, mensajes de texto, chats entre otros los beneficios, productos, servicios, promociones, descuentos, campañas vigentes, eventos promocionales, programas de las marcas propias o de los aliados). Realización de consultas, para responder las necesidades acerca de productos y servicios ofrecidos, la realización de estudios con fines estadísticos o de conocimiento del cliente. COMFACUNDI me informa que, si suministro información personal sobre una persona distinta a mí, se da por entendido que cuento con la autorización de dicha persona para registrar sus datos; y no verificará, ni asumirá la obligación de verificar la identidad del usuario, ni veracidad, vigencia, suficiente y autenticidad de los datos de cada uno de ellos. En virtud de lo anterior, COMFACUNDI no asume responsabilidad por daños o prejuicios de toda naturaleza que pudiera tener origen en la falta de veracidad, homonimia o a la suplantación de la información de la identidad. Así mismo los datos personales de los niñas, niños y adolescentes que suministro los hago en calidad de tutor o representante legal de los mismos, y autorizo su tratamiento únicamente para las finalidades expuestas en el presente documento. Declaro que he sido informado de lo siguiente: 1) Que COMFACUNDI, como responsable del tratamiento de los datos personales, ha puesto a mi disposición la Política de Tratamiento de Datos Personales la cual se encuentra en la página web www.comfacundi.com.co, (2) Que los derechos que me asisten como titular de los datos personales son los previstos en la Constitución y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, los cuales puedo ejercer a través del correo servicioalcliente@comfacundi.com.co, canal dispuesto por COMFACUNDI para la atención a titulares.

¿Acepta? SÍ NO Firma del pensionado:

¿Autoriza recibir información a través de medios telefónicos o electrónicos como mensajes de texto, chats, WhatsApp y otros? SÍ NO

¿Autoriza recibir información a través de correo electrónico, aplicaciones informáticas, redes sociales, entre otros? SÍ NO

¿Autoriza recibir información a través de medios escritos e impresos? SÍ NO

DECLARACIÓN JURADA

Bajo la gravedad de juramento, declaro que he revisado y acepto éste formulario, el cual contiene información verídica

Firma del pensionado:

Fecha

Día Mes Año

Cédula:

Ciudad:

*Con esta afiliación puede acceder únicamente a los servicios de Recreación, Capacitación y Turismo.

ESPACIO RESERVADO PARA COMFACUNDI

Revisado por:

Aprobado por: