

CIUDAD:	Revisado:	Aprobado:
FECHA:		

**A. MODALIDAD DE AFILIACION Y ACCESO A SERVICIOS**

Clasificación	Aportes	Servicios	Categoría
Fidelización: 25 o mas años afiliado a una o varias Cajas de Compensación	0%	Capacitación, Recreación y Turismo	A
Mesada inferior a 1,5 SMLMV	0%	Recreación, Deporte y Cultura	A
Mesada inferior a 1,5 SMLMV	0,6%	Recreación, Deporte, Cultura, Capacitación y Turismo	A
Mesada inferior a 1,5 SMLMV	2%	Todos los servicios excepto la cuota monetaria	A
Mesada superior a 1,5 SMLMV	0,6%	Capacitación, Recreación y Turismo	B
Mesada superior a 1,5 SMLMV	2%	Todos los servicios excepto la cuota monetaria	B

**B. DATOS DEL PENSIONADO**

Tipo de identificación					No. Identificación	Apellidos y nombres	Fecha de nacimiento			Género		Estado civil			
CC	CE	PA	F	RE			DD	MM	AAAA	M	F	Soltero	Casado	Unión Libre	Viudo
Estudios					<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Tecnólogo	<input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Postgrado				

Datos de residencia del Pensionado

Vivienda propia?	Dirección		Barrio	Ciudad / Municipio	Departamento
SI NO					
Teléfono Fijo	Celular	Fax	Correo electrónico		

Datos de los ingresos

Ciudad donde se causan los ingresos	Valor última mesada pensional	Mes / Año
-------------------------------------	-------------------------------	-----------

**C. DATOS DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE**

Tipo de identificación					No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento			Género		Ocupación			
CC	CE	PA	TI	PE						DD	MM	AAAA	M	F	Hogar	Empleado	Independiente	Pensionado
Estudios					<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Tecnólogo	<input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Postgrado							

**D. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**

Tipo de identificación					No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento			Género		Parentesco
CC	CE	PA	RC	PE						DD	MM	AAAA	M	F	Hijo

Declaro bajo gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a CAFAMAZ para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad se apliquen las sanciones de Ley.

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria, y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar del Amazonas CAFAMAZ realice el tratamiento respectivo, consistente en la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir, o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar, o en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, reconocimiento y pago de la cuota monetaria, notificar o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularla para fines publicitarios, y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Dicho tratamiento se podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales a través del correo electrónico [atencionalcliente@cafamaz.com](mailto:atencionalcliente@cafamaz.com), salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su Política de Protección de Datos, según lo reglamentado por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Firma	<p>CAFAMAZ USO EXCLUSIVO COORDINACION DE SUBSIDIOS</p>
-------	--

# INFORMACION PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DE AFILIACION DE PENSIONADOS

## RECOMENDACIONES

1. Revise cuidadosamente la información suministrada y verifique que la documentación esté completa.
2. Los documentos probatorios que se anexan, deben ser legibles, sin enmendaduras y sin resaltador.
3. Una vez diligenciado el formulario adjunte los documentos probatorios y radíquelos en la oficina de subsidios, recuerde llevar copia del formulario para el recibido.

## CONVENCIONES

CC: Cédula de Ciudadanía  
CE: Cédula de Extranjería  
PA: Pasaporte

TI: Tarjeta de Identidad  
RC: Registro Civil de Nacimiento  
PE: Permiso Especial de Permanencia (Decreto 3015 de 2017)

## DOCUMENTOS PARA LA AFILIACION DEL PENSIONADO

  
  
  

Formulario de Afiliación de pensionados F-SYA-16 Versión 1

Copia del documento de identidad

Certificado de paz y salvo en caso de afiliación anterior a otra Caja de Compensación

Acreditar la condición de pensionado a través de cualquiera de estos medios:

- Certificado expedido por la entidad encargada del pago de la mesada pensional
- Desprendible de pago de la mesada pensional
- Acto de reconocimiento del derecho pensional

## DOCUMENTOS PARA LA AFILIACION DEL NUCLEO FAMILIAR

  
  

Copia del documento de identidad del cónyuge o compañera permanente

Registro civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia

Manifestación del estado civil: usar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo (declaración juramentada).

"Compromiso Social"

Dirección: Carrera 11 No. 6 - 80

Teléfono: (8)5927728

Mail: [subsidiofamiliar@cafamaz.com](mailto:subsidiofamiliar@cafamaz.com)

Página Web: [www.cafamaz.com](http://www.cafamaz.com)

Línea gratuita nacional 01 8000 954077

Mail: [auxiliar\\_subsidio@cafamaz.com](mailto:auxiliar_subsidio@cafamaz.com)

Mail: [atencionalcliente@cafamaz.com](mailto:atencionalcliente@cafamaz.com)