



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL MAGDALENA

NIT. 891.780.093-3

DATOS DEL PENSIONADO POR FIDELIDAD

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

CLASE DE DOCUMENTO Y NÚMERO

TELÉFONO

CORREO ELECTRONICO:

MASCULINO ___ FEMENINO ___ INDETERMINADO ___

C.C. No.

CELULAR

C.E. No.

DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA

BARRIO

CIUDAD

PAS. No.

Autorización para uso de la información

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, el uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario o que suministré en documentos anteriores para afiliarme, en virtud de la función que le compete de administrar el Sistema del Subsidio Familiar, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Caja de Compensación Familiar del Magdalena.

SI: NO:

FIRMA DEL PENSIONADO
C.C. N°.

Fecha de recibido:

DÍA MES AÑO

Firma del funcionario de CAJAMAG

- REQUISITOS:**
1. Fotocopia de la resolución que reconoce la calidad de pensionado (a).
 2. Copia de la cédula de ciudadanía del pensionado (a).