



AFILIACIÓN PENSIONADOS

(Diligenciamiento obligatorio, artículo 139 Ley 019 de 2012)

Nombre del Pensionado _____

Domicilio _____

Identificación (No. de cédula) _____

Lugar de residencia _____

Fue afiliado a otra Caja de Compensación Familiar Si ___ No ___

En caso de afiliación a otra Caja, anexar Paz y Salvo

Copia de la resolución que reconoce la pensión.

Copia del último desprendible de pago.

Al firmar la presente solicitud el pensionado se compromete a cancelar el 0,6% sobre 1 SMMLV y/o 2% sobre la base de 2 SMMLV

Firma

Quienes soliciten afiliación a la Caja deben diligenciar y firmar el formato anexo a la solicitud de afiliación, según corresponda (empresa, persona natural, pensionado o independiente).