

Quibdó, _____

Señores

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ “COMFACHOCO”

At. Oficina de Subsidio y Afiliaciones

Ciudad

Referencia: Afiliación a Caja de Compensación Familiar

Respetados señores:

Atentamente me dirijo a ustedes para solicitar la afiliación a su Caja de Compensación Familiar en mi calidad de pensionado, de igual forma autorizo me sea descontado el porcentaje según el tipo de afiliación:

El dos por ciento (**2%**) de mi mesada pensional. (___)

El cero coma seis por ciento (**0.6%**) de mi mesada pensional. (___)

Acogiéndome a la modalidad de afiliación **Plan 25 años** (Ley 789 de 2002), conociendo previamente los servicios a los que tengo derecho bajo esta modalidad. (___)

Según la **Ley 1643 de 2013**, conociendo previamente a los servicios que tengo derecho bajo esta modalidad. (___)

Entidad Pensionadora: _____

Así mismo, me comprometo a revisar mi desprendible de la mesada hasta que la Entidad Pensionadora realice el descuento correspondiente; en caso de no tener capacidad de descuento en la misma, autorizo realizar el retiro al mes siguiente de mi afiliación.

Aclaro que anteriormente nunca he estado afiliado a ninguna caja de compensación como pensionado.

Cordialmente,

FIRMA _____

NOMBRE _____

CÉDULA _____

TELÉFONOS: _____

DIRECCIÓN: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

Documentos adjuntos:

Formulario solicitud afiliación FOR-PVE-0099

Fotocopia cédula del cotizante

Fotocopia desprendible de la última mesada pensional

Documento beneficiarios:

. **Cónyuge o compañero(a) permanente:** fotocopia cédula.

. **Hijos y hermanos menores de 23 años:** Fotocopia registro civil de nacimiento.

Tarjeta de identidad y/o fotocopia cedula (si es mayor de 18 años)

. **Padres:** fotocopia cedula de los padres, registro civil de nacimiento del cotizante.