

NÚMERO CONSECUTIVO

| | | | |
|---------------------|-----------|--------------------|--|
| ENTIDAD QUE AFILIA | | TIPO DE AFILIACIÓN | |
| REPRESENTANTE LEGAL | | NIT. | |
| CIUDAD | DIRECCIÓN | TELÉFONO | |

DATOS DEL PENSIONADO

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---|----------------------------|------------------------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA | |
| CLASE DE DOCUMENTO Y NÚMERO | EMAIL: | MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> INDETERMINADO <input type="checkbox"/> | BARRIO | |
| C.C. <input type="radio"/> No. _____ | ESTADO CIVIL SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO (A) <input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> SEPARADO (A) <input type="checkbox"/> | CIUDAD | | TELÉFONO |
| C.E. <input type="radio"/> No. _____ | | CELULAR | | |
| PAS. <input type="radio"/> No. _____ | | EMPRESA QUE LO PENSIONÓ | | FECHA DE PENSIÓN |
| | | MES | DÍA | VALOR DE LA PENSIÓN \$ |

DATOS DEL CÓNYUGE

| | | | | |
|--------------------------------------|----------------------|---|------------------|--|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | CLASE DE TRABAJO | |
| CLASE DE DOCUMENTO Y NÚMERO | EMPRESA DONDE LABORA | EMPLEADO (A) <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> | | |
| C.C. <input type="radio"/> No. _____ | SALARIO \$ | OBRERO (A) <input type="checkbox"/> PENSIONADO (A) <input type="checkbox"/> | | |
| C.E. <input type="radio"/> No. _____ | | | | |

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

| CODIGO | NOMBRES Y APELLIDOS | SEXO | | FECHA DE NACIMIENTO | | |
|--------|---------------------|-----------|----------|---------------------|-----|-----|
| | | MASCULINO | FEMENINO | AÑO | MES | DÍA |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

MARCAR CON UNA X

| LEGÍTIMO | ADOPTIVO | HIJASTRO | HERMANO HUÉRFANO DE PADRE Y MADRE | INVÁLIDO | PADRES MAYORES DE 60 AÑOS |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autorizo a la entidad pagadora de mi mesada:

Para que sea deducido el ___% del valor mensual de mi pensión y dicha deducción sea entregada a la Caja de Compensación Familiar del Magdalena CAJAMAG, con el fin de cubrir el aporte mensual por mi afiliación, en cumplimiento del artículo 6°. de la Ley 71 de 1988, y artículo 32 y siguientes del decreto 784 de 1989.

FIRMA DEL PENSIONADO _____
C.C.

Declaración Jurada

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada, así como los documentos adjuntos es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad del juramento con su suscripción. Autorizo para que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones correspondientes.

FIRMA DEL PENSIONADO _____
C.C.

FIRMA DE LA ENTIDAD QUE AFILIA COOP. O FONDOS DE EMPLEADOS
Fecha de recibido por CAJAMAG DÍA MES AÑO

Firma del funcionario CAJAMAG

Autorización para uso de la información

En mi calidad de pensionado, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, el uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario o que suministre 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

Fecha : DÍA MES AÑO

Firma del funcionario Autorizado CAJAMAG

REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE PENSIONADOS

1. Diligenciar el formulario de inscripción de pensionado (a).
2. Fotocopia de la resolución que reconoce la calidad de pensionado (a).
3. Certificado de pensión por entidad encargada del pago de la mesada pensional, desprendible del pago de la mesada pensional o acto de reconocimiento del derecho pensional.
4. Copia de la cédula de ciudadanía del pensionado (a).
5. Copia de la cédula de ciudadanía de su esposa (o) o compañera (o) permanente.

HIJOS

- Registro Civil de Nacimiento de los hijos menos de 18 años con el nombre de los padre: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
- Constancia de estudio de los hijos mayores de 12 años, hasta 18 años, por establecimientos educativos aprobados o boletín de calificaciones.
- Formato de declaración juramentada de dependencia económica expedido por el Ministerio de Trabajo y Cajamag.

HIJASTROS

- Registro Civil de Nacimiento de los hijos menos de 18 años con el nombre de los padre: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
- Constancia de estudio de los hijastros mayores de 12 años, hasta 18 años, por establecimientos educativos aprobados o boletín de calificaciones.
- Partida de matrimonio original
- Formato de declaración juramentada de dependencia económica expedido por el Ministerio de Trabajo y Cajamag.
- Constancia laboral del cónyuge o compañero permanente, si el o ella no labora, diligenciar formato de declaración juramentada.
- Custodia expedida por autoridad competente (Juzgado de Familia - I.C.B.F. - Comisaría de Familia) según sea el caso.

HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRE Y MADRE.

- Registro Civil del trabajador y de los hermanos huérfanos de padres que demuestren parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia
- Constancia de estudio de los hermanos mayores de 12 años, hasta 18 años, por establecimientos educativos aprobados o boletín de calificaciones.
- Registro de defunción de los padres.
- Formato de declaración juramentada de dependencia económica expedido por el Ministerio de Trabajo y Cajamag.

INVALIDEZ DE LAS PERSONAS A CARGO.

- Certificado medico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar indicando tipo de discapacidad.

SELECCIONE EL TIPO DE AFILIACIÓN COMO PENSIONADO

1. Pensión hasta uno y medio SMLV, sin pago de cotización para recibir los servicios de recreación deporte y cultura. Firma _____
2. Pensión hasta uno y medio SMLV aportando el 0.6 % del valor de la pensión para recibir los servicio de recreación, cultura, turismo, deporte y capacitación. Firma _____
3. Pensión hasta uno y medio SMLV aportando el 2% sobre el valor de la pensión, para acceder a todos los servicios excepto la cuota monetaria. Firma _____
4. Pensión mayor a uno y medio SMLV aportando el 0.6% del valor de la pensión para acceder a los servicios de recreación, turismo y capacitación. Firma _____
5. Pensión mayor a uno y medio SMLV aportando el 2% del valor de la pensión para acceder a todos los servicios excepto la cuota monetaria del subsidio. Firma _____

Este formulario puede ser radicado en los puntos de atención al cliente de Cajamag relacionados a continuación:

CIENAGA

Calle 12 N°. 10 - 92
Teléfono: N°. 4240779
PBX. 4217900 Ext. 3040 - 3041

FUNDACIÓN

Calle 8 N°. 6 - 17
Teléfono: N°. 4217900 ext 3045 -3046

PIVIVAJ

Calle 7 N°.12 - 56
Teléfono: N°. 4157425

SANTA MARTA

Calle 23 No. 7-78 Sede Administrativa
Calle 18 No. 8-74 Centro de Capacitación
Cra. 1C No. 10C - 17 Centro Cultural y de Capacitación

PLATO

Calle 12 N°. 16 - 04
Teléfono: N°. 4850553
PBX. 4217900 Ext. 3050

EL BANCO

Calle 4 N°. 3 35.
Teléfono. 4291053 - 4295796
PBX. 4217900 Ext.3 055

SANTA ANA

Carrera 7°. Calle 2 Esquina
PBX. 4217900 Ext. 5010

Fecha : DÍA MES AÑO

Firma del Filtro CAJAMAG _____

Calle 23 No. 7 - 78 Esq. Santa Marta D.T.C.H. - PBX: 4217900 - Call Center 4365058 - Linea Gratuita 018000 955474.
subsidio@cajamag.com.co - www.cajamag.com.co