

NIT. 891.780.093-3

INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA CAJA <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN NUEVO TRABAJADOR <input type="checkbox"/> TRASPASO <input type="checkbox"/> ADICIÓN <input type="checkbox"/> REINTEGRO	TIPO DE AFILIADO <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> DEPENDIENTE</td> <td><input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 0.6%</td> <td><input type="checkbox"/> PENSIONADO 0.6%</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SERVICIO DOMESTICO</td> <td><input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 2.0%</td> <td><input type="checkbox"/> PENSIONADO 2.0%</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MADRE COMUNITARIA</td> <td><input type="checkbox"/> CONTRATISTA</td> <td><input type="checkbox"/> PENSIONADO EXENTO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TAXISTA</td> <td><input type="checkbox"/> COL. RESIDENTE EN EL EXT.</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 0.6%	<input type="checkbox"/> PENSIONADO 0.6%	<input type="checkbox"/> SERVICIO DOMESTICO	<input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 2.0%	<input type="checkbox"/> PENSIONADO 2.0%	<input type="checkbox"/> MADRE COMUNITARIA	<input type="checkbox"/> CONTRATISTA	<input type="checkbox"/> PENSIONADO EXENTO	<input type="checkbox"/> TAXISTA	<input type="checkbox"/> COL. RESIDENTE EN EL EXT.	
<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 0.6%	<input type="checkbox"/> PENSIONADO 0.6%											
<input type="checkbox"/> SERVICIO DOMESTICO	<input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 2.0%	<input type="checkbox"/> PENSIONADO 2.0%											
<input type="checkbox"/> MADRE COMUNITARIA	<input type="checkbox"/> CONTRATISTA	<input type="checkbox"/> PENSIONADO EXENTO											
<input type="checkbox"/> TAXISTA	<input type="checkbox"/> COL. RESIDENTE EN EL EXT.												
RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA NIT. DE LA EMPRESA: _____ Dirección de la empresa: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Correo electrónico de la empresa: _____													

DATOS DEL TRABAJADOR (A)		<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS																									
1er. APELLIDO _____	2do. APELLIDO _____	NOMBRES _____ N° _____																									
Fecha de Nacimiento <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				Sexo <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th>H</th><th>M</th><th>I</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	H	M	I				Estado Civil <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th>U.L.</th><th>CAS.</th><th>DIV.</th><th>SEP.</th><th>VIU.</th><th>SOLT.</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	U.L.	CAS.	DIV.	SEP.	VIU.	SOLT.							Emplea un lenguaje especial? SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ NO <input type="checkbox"/>
DÍA	MES	AÑO																									
H	M	I																									
U.L.	CAS.	DIV.	SEP.	VIU.	SOLT.																						
Ingreso a la Empresa <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	DÍA	MES	AÑO				Salario \$ _____	Ocupación _____																			
DÍA	MES	AÑO																									
Gana comisión Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Horas trabajadas diarias _____ Cel. _____ Correo electrónico _____																											
Dirección del lugar donde desarrolla su labor. _____ Barrio _____ Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Ciudad _____																											
Usted labora en otra empresa. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____																											
Dirección del trabajador _____ Barrio _____ Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Ciudad _____ Pais _____																											
NIVEL DE ESCOLARIDAD <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> PREESCOLAR</td> <td><input type="checkbox"/> BÁSICA ADULTOS</td> <td><input type="checkbox"/> TECNICO/TECNOLOGICO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BÁSICA</td> <td><input type="checkbox"/> SECUNDARIA ADULTOS</td> <td><input type="checkbox"/> PROFESIONAL UNIVERSITARIO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SECUNDARIA</td> <td><input type="checkbox"/> MEDIA ADULTOS</td> <td><input type="checkbox"/> POSGRADO/MAESTRIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MEDIA.</td> <td><input type="checkbox"/> PRIMERA INFANCIA</td> <td><input type="checkbox"/> NINGUNO.</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> PREESCOLAR	<input type="checkbox"/> BÁSICA ADULTOS	<input type="checkbox"/> TECNICO/TECNOLOGICO	<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> SECUNDARIA ADULTOS	<input type="checkbox"/> PROFESIONAL UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> MEDIA ADULTOS	<input type="checkbox"/> POSGRADO/MAESTRIA	<input type="checkbox"/> MEDIA.	<input type="checkbox"/> PRIMERA INFANCIA	<input type="checkbox"/> NINGUNO.													
<input type="checkbox"/> PREESCOLAR	<input type="checkbox"/> BÁSICA ADULTOS	<input type="checkbox"/> TECNICO/TECNOLOGICO																									
<input type="checkbox"/> BÁSICA	<input type="checkbox"/> SECUNDARIA ADULTOS	<input type="checkbox"/> PROFESIONAL UNIVERSITARIO																									
<input type="checkbox"/> SECUNDARIA	<input type="checkbox"/> MEDIA ADULTOS	<input type="checkbox"/> POSGRADO/MAESTRIA																									
<input type="checkbox"/> MEDIA.	<input type="checkbox"/> PRIMERA INFANCIA	<input type="checkbox"/> NINGUNO.																									

DATOS SENSIBLES: TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS*													
PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD?* SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ NO <input type="checkbox"/>													
FACTOR DE VULNERABILIDAD* <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> DESPLAZADO</td> <td><input type="checkbox"/> DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL</td> <td><input type="checkbox"/> POBLACIÓN MIGRANTE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (NO DESPLAZADO)</td> <td><input type="checkbox"/> CABEZA DE FAMILIA</td> <td><input type="checkbox"/> POBLACIÓN ZONAS FRONTERAS (NACIONALES)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DESMOVILIZADO O REINSERTADO</td> <td><input type="checkbox"/> HIJO (AS) DE MADRES CABEZA DE FAMILIA</td> <td><input type="checkbox"/> EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HIJO (AS) DE DESMOVILIZADOS O REINSERTADOS</td> <td><input type="checkbox"/> EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD</td> <td><input type="checkbox"/> NO APLICA</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> DESPLAZADO	<input type="checkbox"/> DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL	<input type="checkbox"/> POBLACIÓN MIGRANTE	<input type="checkbox"/> VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (NO DESPLAZADO)	<input type="checkbox"/> CABEZA DE FAMILIA	<input type="checkbox"/> POBLACIÓN ZONAS FRONTERAS (NACIONALES)	<input type="checkbox"/> DESMOVILIZADO O REINSERTADO	<input type="checkbox"/> HIJO (AS) DE MADRES CABEZA DE FAMILIA	<input type="checkbox"/> EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL	<input type="checkbox"/> HIJO (AS) DE DESMOVILIZADOS O REINSERTADOS	<input type="checkbox"/> EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> NO APLICA
<input type="checkbox"/> DESPLAZADO	<input type="checkbox"/> DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL	<input type="checkbox"/> POBLACIÓN MIGRANTE											
<input type="checkbox"/> VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (NO DESPLAZADO)	<input type="checkbox"/> CABEZA DE FAMILIA	<input type="checkbox"/> POBLACIÓN ZONAS FRONTERAS (NACIONALES)											
<input type="checkbox"/> DESMOVILIZADO O REINSERTADO	<input type="checkbox"/> HIJO (AS) DE MADRES CABEZA DE FAMILIA	<input type="checkbox"/> EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL											
<input type="checkbox"/> HIJO (AS) DE DESMOVILIZADOS O REINSERTADOS	<input type="checkbox"/> EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> NO APLICA											
PERTENENCIA ÉTNICA* <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> AFROCOLOMBIANO</td> <td><input type="checkbox"/> INDÍGENA</td> <td><input type="checkbox"/> RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA</td> <td><input type="checkbox"/> NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> COMUNIDAD NEGRA</td> <td><input type="checkbox"/> PALENQUERO</td> <td><input type="checkbox"/> ROOM/GITANO</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> AFROCOLOMBIANO	<input type="checkbox"/> INDÍGENA	<input type="checkbox"/> RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	<input type="checkbox"/> NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	<input type="checkbox"/> COMUNIDAD NEGRA	<input type="checkbox"/> PALENQUERO	<input type="checkbox"/> ROOM/GITANO					
<input type="checkbox"/> AFROCOLOMBIANO	<input type="checkbox"/> INDÍGENA	<input type="checkbox"/> RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	<input type="checkbox"/> NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES										
<input type="checkbox"/> COMUNIDAD NEGRA	<input type="checkbox"/> PALENQUERO	<input type="checkbox"/> ROOM/GITANO											
Orientación Sexual* <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Homosexual	Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo. Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de su mismo sexo. Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige o materializa con personas de ambos sexos.												

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERA (O)

1er. APELLIDO _____ 2do. APELLIDO _____ NOMBRES _____ **C.C.** **C.E.** **T.I.**

Fecha de nacimiento _____ Empresa donde trabaja _____ Salario \$ _____ Ocupación _____

DÍA **MES** **AÑO**

Dirección residencia _____ Barrio _____ Rural
Urbano

Ciudad _____ País _____ Celular _____ Correo electrónico _____

PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR	PARENTESCO							Discapacitado	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	N°. Registro Civil (NUIP) y para los Padres N°. de C.C.
	NOMBRES Y APELLIDOS	HIJOS	Hijo/Hija de Padres	Hijastro	Adoptado	Madre	Padre		DÍA	MES	AÑO		
1.													
2.													
3.													
4.													

OBSERVACIONES: _____

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 TRABAJADOR _____

Autorización para uso de la información

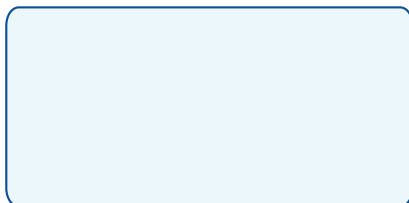
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar del Magdalena, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como "datos sensibles" para los cuales tengo derecho a contestar o no las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor de Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N°. 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales que se encuentra en la página web de Cajamag www.cajamag.com.co

FIRMA DEL TRABAJADOR _____ SI: NO:

Firma de la Empresa

Firma del funcionario de CAJAMAG

SELLO Y FIRMA GRABADOR CAJAMAG. NOTA: FIRMA SOLO VALIDA PARA AFILIACIÓN DE INDEPENDIENTE Y PENSIONADO.



Fecha : DÍA MES AÑO

Firma Jefe de Unidad Subsidio y Aportes

Fecha : DÍA MES AÑO

Firma del Filtro CAJAMAG

DILIGENCIE ESTE FORMULARIO SIN DEJAR ESPACIO EN BLANCO ORIGINAL Y COPIA.

Fecha de recibido: **DÍA** **MES** **AÑO**

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

SANTA MARTA

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

CIENAGA

Calle12 N°. 10 - 92
Teléfono: N°. 4240779
PBX. 4217900 Ext. 3040 - 3041

PIVIJAY

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

SANTA ANA

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

FUNDACIÓN

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

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

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

REQUISITOS GENERALES PARA LA AFILIACIÓN A CAJAMAG

- 1.- Formulario de Afiliación.
- 2.- Documento de identificación del trabajador - padre o madre.
- 3.- Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente.
- 4.- Registro civil de nacimiento de los hijos - hijastros - hermanos huérfanos de padres - trabajador - tarjeta de identidad.
- 5.- Certificado de estudio o el boletín de calificaciones para hijos mayores de 12 años.
- 6.- Certificado del médico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad, según sea el caso cuando aplique.
- 7.- Manifestación del estado civil de dependencia económica o convivencia: utilizar formato de declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag para el caso de unión libre y casados partida de matrimonio..
- 8.- Constancia laboral del cónyuge o compañero permanente, si el o ella no laboran, diligenciar formato de declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag.
- 9.- Custodia expedida por autoridad permanente (juzgado de familia - ICBF - comisaria de familia), según sea el caso.
- 10.- Certificado de EPS, donde conste tipo de afiliación.
- 11.- Registro Civil de defunción de los padres.
- 12.- Copia del último recibo de pago de la EPS, y Fondo de Pensiones.
- 13.- Copia del RUT.
- 14.- Copia de la resolución que reconoce la calidad de pensionado (a) y copia del último desprendible de pago.

MARCAR LOS DOCUMENTOS QUE APORTAN SEGÚN EL TIPO DE AFILIACIÓN.

- Trabajador soltero (1.) (2.)
- Con cónyuge sin hijos (1.) (2.) (3.) (7.)
- Con cónyuge e hijos de la unión (1.) (2.) (3.) (4.) (5.) (6.) (7.) (8.)
- Con cónyuge e hijastros (1.) (2.) (3.) (4.) (5.) (6.) (7.) (8.) (9.)
- Trabajador soltero o separado con hijos (1.) (2.) (3.) (4.) (5.) (6.) (7.)
- Padres mayores de 60 años no pensionados (1.) (2.) (4.) (7.) (10.)
- Hermanos huérfanos de padres (1.) (2.) (4.) (5.) (6.) (7.) (11.)
- Trabajador independiente (1.) (2.) (3.) (4.) (5.) (7.) (12.) (13.)
- Pensionado sin derecho a pago de subsidio (1.) (2.) (3.) (4.) (5.) (14.)

NOTA: LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE NO DA LUGAR AL PAGO DE SUBSIDIO EN DINERO

- Si el ingreso base de cotización es menor a 2 S.M.M.L.V. el aporte será sobre el 0.6% solo podrá disfrutar de los servicios de capacitación, recreación y turismo.
- Si el ingreso base de cotización supera los 2 S.M.M.L.V. el aporte será sobre el 2% sobre el total del ingreso, tendrá derecho a todos los servicios que ofrece la caja, excepto al pago del subsidio en dinero.

* S.M.M.L.V.: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

NOTA: LA AFILIACIÓN PARA PENSIONADO NO DA LUGAR AL PAGO DE SUBSIDIO EN DINERO

- - Pensión hasta uno y medio SMMLV, sin pago de cotización para recibir los servicios de recreación, deporte y cultura.
- - Pensión hasta uno y medio SMMLV, aportando el 0.6% del valor de la pensión, para recibir los servicios de recreación, deporte, cultura, turismo y capacitación.
- - Pensión hasta uno y medio SMMLV, aportando el 2% del valor de la pensión, para acceder a todos los servicios, excepto la cuota monetaria del subsidio.
- - Pensión mayor a uno y medio SMMLV, aportando el 0.6% del valor de la pensión, para acceder a los servicios de recreación, turismo y capacitación.
- - Pensión mayor a uno y medio SMMLV, aportando el 2% del valor de la pensión, para acceder a todos los servicios, excepto la cuota monetaria del subsidio.

NOTA: ORIENTACIÓN SEXUAL

Heterosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.

Homosexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de su mismo sexo.

Bisexual. Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige o materializa con personas de ambos sexos.