

NIT. 891.780.093-3

INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA CAJA

INSCRIPCIÓN NUEVO TRABAJADOR TRASPASO
 ADICIÓN REINTEGRO

TIPO DE AFILIADO

● DEPENDIENTE ● TRAB. INDEPENDIENTE 0.6% ● PENSIONADO 0.6%
 ● SERVICIO DOMESTICO ● TRAB. INDEPENDIENTE 2% ● PENSIONADO 2%
 ● MADRE COMUNITARIA ● CONTRATISTA ● PENSIONADO EXENTO
 ● TAXISTA ● 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)

C.C. C.E. PAS

_____ 1er. APELLIDO _____ 2do. APELLIDO _____ NOMBRES N° _____

Fecha de Nacimiento

DÍA	MES	AÑO

Sexo

H	M	I

Estado Civil

U.L.	CAS.	DIV.	SEP.	VIU.	SOLT.

Emplea un lenguaje especial? SI ¿Cuál? _____ NO

Ingreso a la Empresa

DÍA	MES	AÑO

Salario \$ _____ **Ocupación** _____

Gana comisión SI No Horas trabajadas diarias _____ Cel. _____ Correo electrónico _____

Dirección del lugar donde desarrolla su labor. _____ Barrio _____ Rural Urbano Ciudad _____

Usted labora en otra empresa. SI NO ¿Cuál? _____

Dirección del trabajador _____ Barrio _____ Rural Urbano Ciudad _____ Pais _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD

● PREESCOLAR ● BÁSICA ADULTOS ● TECNICO/TECNOLOGICO
 ● BÁSICA ● SECUNDARIA ADULTOS ● PROFESIONAL UNIVERSITARIO
 ● SECUNDARIA ● MEDIA ADULTOS ● POSGRADO/MAESTRIA
 ● MEDIA. ● PRIMERA INFANCIA ● NINGUNO.

DATOS SENSIBLES: TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS*

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD?*

SI ¿Cuál? _____ NO

FACTOR DE VULNERABILIDAD*

● DESPLAZADO ● DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL ● POBLACIÓN MIGRANTE
 ● VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (NO DESPLAZADO) ● CABEZA DE FAMILIA ● POBLACIÓN ZONAS FRONTERAS (NACIONALES)
 ● DESMOVILIZADO O REINSERTADO ● HIJO (AS) DE MADRES CABEZA DE FAMILIA ● EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL
 ● HIJO (AS) DE DESMOVILIZADOS O REINSERTADOS ● EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD ● NO APLICA

PERTENENCIA ÉTNICA*

● AFROCOLOMBIANO ● INDÍGENA ● RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ● NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES
 ● COMUNIDAD NEGRA ● PALENQUERO ● ROOM/GITANO

Orientación Sexual*

Heterosexual Bisexual
 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 NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO						Discapacitado	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	N°. Registro Civil (NUIP) y para los Padres N°. de C.C.
	HUJOS	Hijo/Hija de Padres	Hijastro	Adoptado	Madre	Padre		DÍA	MES	AÑO		
1.												
2.												
3.												
4.												

Nota: 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).

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

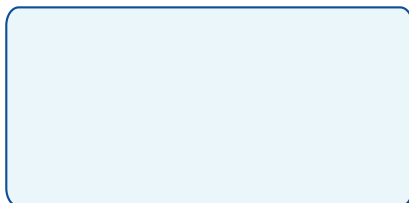
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar del Magdalena, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como "datos sensibles" para los cuales tengo 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 PBX: 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 medico 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.
- 15.- Carta de compromiso para cancelar el 0,6% sobre 1 s.m.m.l.v y/o 2% sobre la base de 2 s.m.m.l.v. (Artículo 139 Ley 019 del 2012).
- 16.- Declaración de ingresos: Que mis ingresos mensuales ascienden a la suma de \$ _____, provenientes de mi trabajo como _____
- 17.- Está afiliado a otra Caja de Compensación Familiar Si ____ No _____. Si está afiliado anexar Paz y Salvo.

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. 15. 16. 17.
- Pensionado sin derecho a pago de subsidio 1. 2. 3. 4. 5. 14. 15. 17.

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.