

NIT. 891.780.093-3

INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA CAJA

INSCRIPCIÓN NUEVO TRABAJADOR TRASPASO
 ADICIÓN REINTEGRO

TIPO DE AFILIADO

<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 0.6%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PENSIONADO 0.6%	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SERVICIO DOMESTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 2.0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PENSIONADO 2%	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MADRE COMUNITARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CONTRATISTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PENSIONADO EXENTO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TAXISTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> COL. RESIDENTE EN EL EXT.	<input type="checkbox"/>		

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 C.D. PEP T.I.

1er. APELLIDO

2do. APELLIDO

NOMBRES

N°

Fecha de Nacimiento

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sexo

H	M	I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estado Civil

U.L.	CAS.	DIV.	SEP.	VIU.	SOLT.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Emplea un lenguaje especial?

SI ¿Cuál? NO

Ingreso a la Empresa

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Salario

\$

Tipo de Salario

FIJO	VARIABLE	INTEGRAL (F/VI)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<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 ¿Cuál? NO

FACTOR DE VULNERABILIDAD*

<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*

<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*

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	PARENTESCO							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	Discapacitado	DÍA	MES	AÑO		
NOMBRES Y APELLIDOS												
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 _____

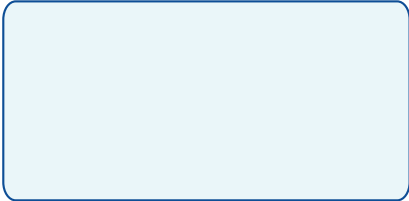
Autorización para uso de la información
 En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar del Magdalena, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como "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
 Adicionalmente autorizo envío de notificaciones respecto al trámite de la afiliación, mediante medios electrónicos

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.
subsidi@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.
- 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.

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