

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%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PENSIONADO 2%	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MADRE COMUNITARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> COL. RESIDENTE EN EL EXT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PENSIONADO EXENTO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TAXISTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CONCEJAL 0.6%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VETERANO DE LA FUERZA PUBLICA	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> CONCEJAL 2%	<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. PET

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 checked="" type="checkbox"/> 18 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 NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO						Discapacitado	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	N°. Registro Civil (NUIP) y para los Padres N°. de C.C.
	HIJOS	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 juramentada - Autorización para uso de la información**

Declaro bajo la gravedad del juramento, que al firmar el presente documento, toda la información suministrada en este formulario, así como los documentos adjuntos es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad del juramento con su suscripción, de igual manera, autorizo para que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones correspondientes.

En el mismo sentido y dando cumplimiento a la Ley Estatutaria 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 los datos personales que suministro en el presente formulario y aquellos clasificados como "Datos Sensibles" para los cuales tengo derecho a contestar o no, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor de Vulnerabilidad y Orientación Sexual, los que son recolectados para dar cumplimiento de la Circular Externa No. 00007 de 2019 de la Superintendencia del Subsidio Familiar, como también para el envío de notificaciones respecto al trámite de la afiliación a través de medios electrónicos, este tratamiento se llevara a cabo de acuerdo a la normatividad vigente en Colombia como con la **Política de Tratamiento de Datos Personales** de Cajamag que se encuentra publicada en la página web [www.cajamag.com.co](http://www.cajamag.com.co) en el área de **Tramites y Servicios – Políticas**.

FIRMA DEL TRABAJADOR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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

**CIÉNAGA**

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

**PIVIJAY**

Calle 7 N°.12 - 56  
PBX. 4217900 Ext. 1147

**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 ultimo 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 ingreso 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.
- 18.- Beneficiarios (hijos e hijastros) mayores de 18 años deberán actualizar o presentar fotocopia de la cédula de ciudadanía.

**NOTA:** Para el caso de los veteranos de la fuerza publica deberán presentar certificación de acreditación como tal, más requisitos de ley.

**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.  18.
- Con cónyuge e hijastros  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  18.
- Trabajador soltero o separado con hijos  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  18.
- Padres mayores de 60 años no pensionados  1.  2.  4.  7.  10.
- Hermanos huérfanos de padres  1.  2.  4.  5.  6.  7.  11.  18.
- 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.