

INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA CAJA

<input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN NUEVO TRABAJADOR	<input type="checkbox"/> TRASPASO	TIPO DE AFILIADO <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> SERVICIO DOMESTICO <input type="checkbox"/> MADRE COMUNITARIA <input type="checkbox"/> TAXISTA	<input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 0.6% <input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 2.2% <input type="checkbox"/> COL. RESIDENTE EN EL EXT.	<input type="checkbox"/> PENSIONADO 0.6% <input type="checkbox"/> PENSIONADO 2% <input type="checkbox"/> PENSIONADO EXENTO <input type="checkbox"/> VETERANO DE LA FUERZA PUBLICA
<input type="checkbox"/> ADICIÓN	<input type="checkbox"/> REINTEGRO			

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. PPT

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.V.I.)
<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"/> PALENQUERO	<input type="checkbox"/> RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA
<input type="checkbox"/> COMUNIDAD NEGRA	<input type="checkbox"/> ROOM/GITANO	<input type="checkbox"/> NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> PERTENENCIA ÉTNICA RESGUARDO PUEBLO INDIGENA _____		

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. PAS C.D. PEP T.I. PPT

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.												
5.												
6.												

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 en el área de **Tramites y Servicios – Políticas**.

Firma del Trabajador

Firma de la Empresa

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

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 - Centro de Experiencia
Carrera 1C No. 10C - 17 Centro Cultural y de Capacitación
Centro Comercial Arrecife - Rodadero Local 216 segundo piso

PIVIJAY
Calle 7 N°.12 - 56
PBX. 4217900 ext 1146

SANTA ANA
Carrera 7 N°. 2 - 19
PBX. 4217900 Ext. 5010

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

PLATO
Calle 12 N°. 16 - 04
PBX. 4217900 Ext. 3050

EL BANCO
Calle 4 N°. 3 35.
PBX. 4217900 Ext.3055

CIENAGA
Calle12 N°. 10 - 92
PBX. 4217900 Ext. 3040 - 3041

Calle 23 No. 7 - 78 Santa Marta D.T.C.H, Magdalena - Contact Center 4365058 Línea gratuita 018000 955 474
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. Si el compañero permanente es pensionado/a, anexar certificado de la mesada
- 4.- Registro civil de nacimiento de los hijos - hijastros - hermanos huérfanos de padres - trabajador - adicionalmente los niños mayores de 7 años deben presentar tarjeta de identidad.
- 5.- Certificado de estudio o el boletín de calificaciones para hijos mayores de 12 años.
- 6.- En el caso de hijos, hermanos huérfanos de padre y madre e hijastros que presenten capacidad física disminuida, la acreditación puede ser expedida por las IPS autorizadas por la Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces, las Juntas Regionales de Calificación y/o las Administradores de Riesgos Laborales, o cualquier otro que para ello autorice el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con la reglamentación que para ello emita.
- 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, no superior a 30 días.
- 8.- Constancia laboral del cónyuge o compañero permanente no mayor a 3 meses, si el o ella no laboran, diligenciar formato de declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag no mayor a 30 días.
- 9.- Custodia expedida por autoridad competente (Juzgado de Familia - ICBF - Comisaría de Familia), según sea el caso.
- 10.- Certificado de EPS, donde conste tipo de afiliación.
- 11.- Registro Civil de defunción de los padres - en hijastros si el padre biológico falleció, anexar el registro civil de defunción.
- 12.- Copia del último recibo de pago de la EPS, y Fondo de Pensiones.
- 13.- Copia del RUT con vigencia no mayor a un mes.
- 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.l.v y/o 2% sobre la base de 2 s.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.
- 18.- Beneficiarios mayores de 18 años deberán actualizar o presentar fotocopia de la cédula de ciudadanía.

NOTA: VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA:

- Deberán anexar los documentos de afiliación generales de que trata la circular 2022-00002 y adicionalmente lo siguiente: Manifestación por parte del empleador donde indique:
 - a) Que se incremento el número de trabajadores con relación a los que tenían con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.
 - b) Que se incremento el valor de la nómina con relación al que tenían con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.
- Copia de la pila del mes de diciembre del año inmediatamente anterior y la del mes en la que se va hacer la nueva vinculación. Las Cajas de Compensación Familiar podrán validar esta información en las bases de datos dispuesta para tal fin.
- Acreditación de la calidad de veterano, expedida por el Ministerio de Defensa o quien haga sus veces.

NOTA: RETIRO DE CÓNYUGE:

En caso de retirar a la persona que tiene relacionada como cónyuge o compañera(o) permanente se debe anexar documento en la que conste cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital del hecho.

NOTA: DEFUNCIÓN DEL TRABAJADOR

En el caso de la madre biológica del menor que no convivía con el trabajador fallecido, se debe presentar formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo y Cajamag, donde conste que los beneficiarios conviven y dependen económicamente de ella.

En caso de que el solicitante no sea el padre o la madre biológica(o) de los beneficiarios, se debe anexar custodia legal emitida por la entidad competente, en la que conste que la custodia y cuidado del (los) menor (es) se le han otorgado al solicitante.

NOTA: La afiliación de pensionados e independientes no da derecho a la cuota del subsidio en dinero.

MARCAR LOS DOCUMENTOS QUE APORTAN SEGÚN EL TIPO DE AFILIACIÓN (VER LOS REQUISITOS RELACIONADOS EN ESTE FORMULARIO)

- 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. 11. 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 1. 2. 3. 4. 5. 14. 15. 17.

REQUISITOS GENERALES PARA LA AFILIACIÓN A CAJAMAG

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.

GLOSARIO:

CC: Cédula de Ciudadanía
CE: Cédula de Extranjería
PAS: Pasaporte
PEP: Permiso Especial de Permanencia

PPT: Permiso de Protección Temporal
Ciiu: Clasificación Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas.

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

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 - Centro de Experiencia
Carrera 1C No. 10C - 17 Centro Cultural y de Capacitación
Centro Comercial Arrecife - Rodadero Local 216 segundo piso

PIVIJAY

Calle 7 N°. 12 - 56
PBX 4217900 ext 1146

SANTA ANA

Carrera 7 N°. 2 - 19
PBX. 4217900 Ext. 5010

FUNDACIÓN

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

PLATO

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

EL BANCO

Calle 4 N°. 3 35.
PBX. 4217900 Ext.3055

CIENAGA

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

Calle 23 No. 7 - 78 Santa Marta D.T.C.H, Magdalena - Contact Center 4365058 Línea gratuita 018000 955 474
subsidio@cajamag.com.co - www.cajamag.com.co