

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 2.0% PENSIONADO 2%
 MADRE COMUNITARIA COL. RESIDENTE EN EL EXT. PENSIONADO EXENTO
 TAXISTA VETERANO DE LA FUERZA PUBLICA

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA

N° _____

NIT CC CE PPT

Dirección de la empresa _____ Ciudad _____ Teléfono _____
 Celular _____ Correo electrónico de la empresa _____

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

C.C. C.E. T.I. PPT

1er. APELLIDO _____ 2do. APELLIDO _____ NOMBRES _____
 N° _____ Fecha de Expedición

DÍA	MES	AÑO

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 \$ _____ **Tipo de Salario**

FIJO	VARIABLE	INTEGRAL (FVI)

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 _____ País _____

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*

<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*

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

Nº. _____ Fecha de Expedición

DÍA	MES	AÑO

Fecha de nacimiento

DÍA	MES	AÑO

 Empresa donde trabaja _____ Salario \$ _____ Ocupación _____

Dirección residencia _____ Barrio _____ Rural
Urbano

Ciudad _____ País _____ Celular _____ Correo electrónico _____

PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR	PARENTESCO							Discapacitado	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	Nº. Registro Civil (NUIP) y para los Padres N°. de C.C.	Fecha de Expedición CC. Padres.			
	Hijos	Madre de Padres	Hijastro	Adoptado	Madre	Padre	DÍA		MES	AÑO	DÍA			MES	AÑO		
1. NOMBRES Y APELLIDOS																	
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

Al diligenciar este formulario autorizo de manera expresa, libre y voluntariamente a la Caja de Compensación Familiar del Magdalena – CAJAMAG, para que de conformidad con las Leyes 1581 de 2012, 2300 de 2023, el Decreto 1377 de 2013 y la Política de Tratamiento de Datos Personales de CAJAMAG, publicada en la página web www.cajamag.com.co, pueda realizar el tratamiento de todos los datos personales recolectados en este documento y sean utilizados para fines estadísticos y de mejora continua, así como también para la promoción de servicios, beneficios y ofertas dispuestas por CAJAMAG, a través de medios de comunicación como el correo electrónico, mensajes de texto (SMS), WhatsApp y llamadas telefónicas, de igual manera para envío de notificaciones y adelantar gestión de cobranza de obligación adquiridas con esta Corporación, sólo cuando sea estrictamente necesario, garantizando la protección de mi privacidad y el manejo adecuado de mis datos personales. De igual manera, entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante los canales proporcionados por parte de CAJAMAG para tal fin, siempre que no exista un deber legal o contractual que lo impida.

Por todo lo anterior y enmarcados en el artículo 2 de la Ley 2300 de 2023, si usted desea ser contactado o que la información solo sea emitida por un único medio o algunos en particular, por favor marque la(s) casilla(s) que correspondan al o los canales que está autorizando, al no marcar ninguno se entenderá que autoriza todos los medios.

Correo Electrónico Llamada Telefónica WhatsApp Mensaje de Texto (SMS)

Firma del Trabajador _____

Firma de la Empresa _____

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 al Cliente
Carrera 1C No. 10C - 17 Centro Cultural y de Capacitación
Centro Comercial Arrecife - Rodadero Local 216 segundo piso
Calle 15 No. 1C - 40 Unidad Integral de Servicios Centro Histórico

PIVIJAY

Calle 7 N°. 12 - 56
PBX +57 (605) 4237129 Ext. 1146

SANTA ANA

Carrera 7 N°. 2 - 19
PBX. +57 (605) 4237129
Ext. 5010

FUNDACIÓN

Calle 8 N°. 6 - 17
PBX:+57 (605) 4237129 ext. 3045 -3046

PLATO

Carrera 15A No. 6-62
PBX. +57 (605) 4237129 Ext. 3050

EL BANCO

Calle 4 N°. 3- 35
PBX. +57 (605) 4237129 Ext. 3055

CIENAGA

Calle12 N°. 10 - 92
PBX. +57 (605) 4237129
Ext. 3040 - 3041

Calle 23 No. 7 - 78 Santa Marta D.T.C.H, Magdalena - Contact Center 4365058 Línea gratuita 018000 189 894
subsidiario@cajamag.com.co - www.cajamag.com.co

REQUISITOS GENERALES PARA LA AFILIACIÓN A CAJAMAG

- 1.- Formulario de Afiliación.
- 2.- Fotocopia del documento de identidad del trabajador, padre y/o madre o el documento valido de identificación para extranjeros.
- 3.- Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente. Si el compañero permanente es pensionado/a, anexas 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, con fecha no superior a 30 días, para el caso de unión libre; para casados partida de matrimonio; para el caso de afiliación de padres se declare que el padre y/o madre no recibe pensión, salario, ni renta
- 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 del padre o madre como beneficiario del trabajador. Este certificado debe ser presentado en los meses de marzo y septiembre de cada año.
- 11.- Registro Civil de defunción de los padres - en hijastros si el padre biológico falleció, anexas 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.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 anexas Paz y Salvo.
- 18.- Beneficiarios mayores de 18 años deberán actualizar o presentar fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- 19.- Sentencia ejecutoriada y/o Escritura Pública que reconoce condición como hijo de crianza.

NOTA: VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA:

Deberán anexas 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 anexas 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 anexas 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.
- Si el padre y/o madre mayor de 60 años se encuentran afiliados al régimen subsidiado en salud, pueden ser beneficiarios del trabajador y recibir cuota monetaria.
- Para los padres menores (1)(2)(4)(6)(7)(10) que presenten discapacidad se deben presentar los mismos documentos exigible en los requisitos:
- Para el cónyuge o compañero permanente del mismo sexo se deben presentar los mismos requisitos exigidos para la afiliación del trabajador.
- Conforme a lo establecido en el numeral 3 del párrafo 1 del artículo 3 de la Ley 789 de 2002, los trabajadores beneficiarios sólo podrán afiliar a los padres mayores de 60 años siempre y cuando ninguno de los dos reciba salario, renta o pensión alguna. Teniendo en cuenta lo anterior en caso de que cualquiera de los padres afiliados cambie su condición de dependencia económica, el trabajador tiene la obligación de informar la novedad a la Caja de Compensación.
- La omisión de este deber generará las acciones correspondientes en contra del trabajador (artículo 37 de la Ley 21 de 1982).
- Para padres menores de 60 años en condición de discapacidad, ninguno de los dos debe recibir salario, renta, o pensión alguna. En caso de que cualquiera de los padres cambie su condición de dependencia económica, el trabajador tiene la obligación de informar la novedad a la Caja de Compensación. La omisión de este deber generará las acciones correspondientes en contra del trabajador (artículo 37 de la Ley 21 de 1982).

REQUISITOS GENERALES PARA LA AFILIACIÓN A CAJAMAG

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

- Su aporte puede ser de 0.6% o del 2% sobre sus ingresos. El valor del aporte determina los derechos que tendrá como afiliado, de acuerdo con la normatividad vigente.
En todo caso la base para realizar el aporte no podrá ser inferior a un salario mínimo 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.

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. 19.
- Trabajador soltero o separado con hijos 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 18. 19.
- 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. 19.
- Pensionado 1. 2. 3. 4. 5. 14. 15. 17. 19.

GLOSARIO:

CC: Cédula de Ciudadanía
CE: Cédula de Extranjería

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 al Cliente
Carrera 1C No. 10C - 17 Centro Cultural y de Capacitación
Centro Comercial Arrecife - Rodadero Local 216 segundo piso
Calle 15 No. 1C - 40 Unidad Integral de Servicios Centro Histórico

PIVIJAY

Calle 7 N°. 12 - 56
PBX +57 (605) 4237129 Ext. 1146

SANTA ANA

Carrera 7 N°. 2 - 19
PBX. +57 (605) 4237129
Ext. 5010

FUNDACIÓN

Calle 8 N°. 6 - 17
PBX: +57 (605) 4237129 ext. 3045 - 3046

PLATO

Carrera 15A No. 6-62
PBX. +57 (605) 4237129 Ext. 3050

EL BANCO

Calle 4 N°. 3- 35
PBX. +57 (605) 4237129 Ext. 3055

CIENAGA

Calle 12 N°. 10 - 92
PBX. +57 (605) 4237129
Ext. 3040 - 3041

Calle 23 No. 7 - 78 Santa Marta D.T.C.H, Magdalena - Contact Center 4365058 Línea gratuita 018000 189 894
subsidi@cajamag.com.co - www.cajamag.com.co