

Marque con una X según el caso

***CAMPOS OBLIGATORIOS**

TRABAJADOR REPRESENTANTE LEGAL TRASLADO DE EMPRESA REINTEGRO NUEVAS PERSONAS A CARGO

Datos de la Empresa

*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TIPO DE DOCUMENTO NIT C.C.

SUCURSAL DONDE LABORA

***Datos del Trabajador**

*TIPO DE AFILIADO: DEPENDIENTE SERVICIO DOMÉSTICO MADRE COMUNITARIA

*1er. APELLIDO 2do. APELLIDO *1er. NOMBRE 2do. NOMBRE

*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *TIPO DE DOC. C.C. T.I. C.E. PASAPORTE P.E.P. VISA CARNÉ DIPLOMÁTICO

*FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN	*FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		*FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA			GRADO DE ESCOLARIDAD		NIVEL OCUPACIONAL		
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO	CASADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	DÍA	MES	AÑO	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SUPERIOR <input type="checkbox"/>	OPERATIVO <input type="checkbox"/>		
							UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>				SECUNDARIA <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>	ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/>		
							SOLTERO <input type="checkbox"/>					TÉCNICO <input type="checkbox"/>		DIRECTIVO <input type="checkbox"/>		

*SEXO M F ORIENTACIÓN SEXUAL HETEROSEXUAL HOMOSEXUAL BISEXUAL

*SALARIO BÁSICO \$ *COMISIONES \$ SALARIO TOTAL \$ *TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO DEFINIDO OPS

*DIRECCIÓN RESIDENCIA *MUNICIPIO ZONA URBANA ZONA RURAL

*BARRIO E-MAIL CEL TEL FIJO

Datos de otro Empleador para los cuales trabaja (Si es el caso)

NIT. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL SALARIO

Datos del Cónyuge o Compañero(a)

*1er. APELLIDO 2do. APELLIDO *1er. NOMBRE 2do. NOMBRE

*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *TIPO DE DOC. C.C. T.I. C.E. PASAPORTE P.E.P. VISA CARNÉ DIPLOMÁTICO

*FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN	*FECHA DE NACIMIENTO			*SEXO	ORIENTACIÓN SEXUAL		GRADO DE ESCOLARIDAD		TRABAJA	
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO	M <input type="checkbox"/>	HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SUPERIOR <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
							F <input type="checkbox"/>	HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
								BISEXUAL <input type="checkbox"/>	TÉCNICO <input type="checkbox"/>				

*EMPRESA CARGO

*SALARIO BÁSICO \$ *COMISIONES \$ SALARIO TOTAL \$ *TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO DEFINIDO OPS

TELÉFONO FIJO CELULAR

Personas a Cargo

*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	*1er NOMBRE	2do NOMBRE	*1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	*FECHA DE NACIMIENTO			*SEXO		*PARENTESCO									
					AÑO	MES	DÍA	M	F	H I J O	H I A T O	P A D R E S	H E R M A N O	C O N Y U G E					

AVISO DE PRIVACIDAD.

La CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - CAJACOPI ATLANTICO, en adelante CAJACOPI, comunica a los afiliados personas naturales y empleadores afiliados que la información personal que se recolecta a través de estos formularios se hace por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen del subsidio familiar vigente en Colombia. Para dar cumplimiento a este régimen legal, es posible que durante la afiliación al sistema, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, CAJACOPI recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera. Por tanto, los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen del subsidio familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que CAJACOPI desarrolla y oferta a sus afiliados. Con la finalidad de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y/o acceden a los servicios y programas de la Caja, así como para prevenir fraudes que puedan afectar al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos, CAJACOPI informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico los que se someterán a las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera. Se informa también que los datos personales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados de tratamiento, en centros de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios tales como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica.

En atención al principio de legalidad, CAJACOPI tiene la obligación de suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de subsidio familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQR's, entre otras finalidades comprendidas en el interés legítimo de la Caja al ejecutar su objeto misional. Así mismo para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado y con otras Cajas de Compensación Familiar, agremiaciones u otras entidades inherentes al sistema.

CAJACOPI solicita la autorización del trabajador afiliado para remitirle información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario, y demás programas que oferta esta organización. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios, CAJACOPI podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. Para otorgar descuentos y/o beneficios la Caja podrá también celebrar alianzas con terceros como almacenes de cadena, establecimientos de comercio y/o terceros que reporten beneficios a los afiliados trabajadores, caso en el cual estos terceros aliados podrán realizar consultas en bases de datos de CAJACOPI con el fin de verificar la calidad del beneficiario. Para los tratamientos y finalidades antes descritas CAJACOPI podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura, sobre sus servicios, beneficios, programas, alianzas y demás acciones que redunden en beneficios de sus afiliados. Si no es de su interés el tratamiento antes comunicado, le solicitamos informarlo al siguiente correo: habeasdata@cajacopi.com.

Por su parte, el empleador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por CAJACOPI, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de subsidio familiar. Entiende CAJACOPI que los datos del grupo familiar reportados por los trabajadores también han sido obtenidos con la previa autorización de los titulares de dichos datos.

Para el ejercicio del Habeas Data, esto es, conocer, actualizar, rectificar su información, y cuando ello proceda, solicitar la cancelación de sus datos de las bases de datos de mercadeo, el titular o quien demuestre un legítimo interés, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: habeasdata@cajacopi.com.co o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección en la ciudad de Barranquilla: Cra. 46 No. 53-34. Para tal efecto deberá suministrar con precisión los datos y documentos requeridos con el fin de tramitar, atender y responder su solicitud. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: www.cajacopi.com o puede ser consultada físicamente en nuestras sedes.

Autorización para el uso de la información

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DE LA EMPRESA

Documentos Anexos

Recepción del Documento

Espacio Reservado para Cajacopi

Fecha devolución Atención al Cliente

Día Mes Año

Fecha recibido por Afiliación

Día Mes Año



ISO 9001

icontec internacional

SC 2281-1

Usted podrá utilizar los servicios de Cajacopi a partir de la fecha de recibido este formulario suministrando el documento de identidad en los diferentes puntos de atención. El carnet de afiliado será entregado 45 días después de recibido el formulario.

DILIGENCIE COMPLETAMENTE EL FORMULARIO CON LETRA CLARA Y LEGIBLE. EVITE DEVOLUCIONES.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ANEXAR AL FORMULARIO

AFILIADO

- Fotocopia legible de la Cédula ampliada al 150% ambas caras (Si es por primera vez).

CONYUGE

- Fotocopia legible de la cédula de ciudadanía ampliada al 150% ambas caras (Si es por primera vez).
- Manifestación del estado civil, diligenciar Formato establecido por el Ministerio de Trabajo entregado por Cajacopi.
- Si trabaja, certificado Laboral original incluyendo salario, nombre completo, número de cédula y fecha de ingreso.

HIJOS

- Registro civil legible (Para comprobar parentesco).
 - Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.
- Nota: En caso de separación de los padres presentar custodia de autoridad competente.

HIJASTROS

- Registro civil legible acreditando parentesco.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años o boletín de calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.
- Diligenciar formato establecido por el Ministerio de Trabajo entregado por Cajacopi para declaración de dependencia económica y unión libre.
- Certificado original de otras Cajas donde conste si los padres biológicos reciben Subsidio Familiar.
- Custodia de autoridad competente.

HERMANOS HUERFANOS DE PADRES (PADRE Y MADRE)

- Registro civil del trabajador afiliado y Hermano para establecer parentesco.
- Certificado de estudio para mayores de 12 años o Boletín de Calificaciones de establecimiento docente debidamente aprobado.
- Declaración de dependencia económica y convivencia, diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo entregado por Cajacopi.
- Registro civil de defunción de los padres.

PERSONAS A CARGO CON NECESIDADES ESPECIALES

- Los padres, hermanos huérfanos de padres y los hijos, que sean inválidos o de capacidad física disminuida que les impida trabajar, causarán doble cuota de Subsidio Familiar, sin limitación en razón de su edad.
 - El trabajador además de los requisitos requeridos según el caso deberá anexar los siguientes documentos:
 - Certificado médico de la EPS o entidad competente donde conste el tipo y determine si la discapacidad es permanente.
- NOTA: No es válido como certificado de discapacidad historia clínica, resultados de pruebas psicológicas, exámenes médicos etc.

PADRES MAYORES DE 60 AÑOS (QUE NO DEVENGUEN SALARIO RENTA O PENSIÓN)

- Fotocopia legible de la cédula de los padres ampliada al 150% ambas caras.
- Registro civil o partida de bautismo legible del trabajador para acreditar parentesco.
- Certificado de la EPS donde conste el tipo de afiliación.
- Declaración juramentada, utilizar formato establecido por el Ministerio de Trabajo entregado por Cajacopi, firmado por el trabajador y los padre(s) donde indique la dependencia económica de los padres y la declaración de no recibir pensión, salario o renta.

Señor Trabajador:

Si usted va ingresar nuevamente como afiliado a Cajacopi y su anterior afiliación fue realizada a partir del 1° de enero de 2005, no será necesario aportar los registros civiles de las personas a cargo que usted afilió en su momento.



DECLARACIÓN JURAMENTADA

O1.1 - 07 - 026

Versión: 3

Fecha: Agosto 01 de 2013

Aprobado por: Coordinador de Afiliaciones

Fecha	Día	Mes	Año

DATOS DEL TRABAJADOR

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
No. de Identificación C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>		Dirección	Celular/Teléfono
Correo electrónico			

TIPO DE DECLARACIÓN

1. Dependencia Económica y Convivencia 2. Estado civil 3. No convivencia de hecho 4. Supervivencia

DEPENDENCIA ECONOMICA Y CONVIVENCIA

Manifiesto libre y voluntariamente que la (s) persona (s) relacionada (s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica.

N° Identificación	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Parentesco

ESTADO CIVIL

Casado Unión libre

Declaro que el señor (a) _____

identificado (a) con C.C. T.I. C.E. No. _____ de _____

Es mi esposo y/o compañero (a) permanente con el cual convivo desde hace _____ años.

NO CONVIVENCIA

Declaro bajo la gravedad de juramento que NO convivo desde hace mas de _____ años con el señor (a) _____

_____ identificado (a) con C.C. T.I. C.E. de _____

SUPERVIVENCIA

Declaro bajo la gravedad de juramento que mi (s) padre/madre relacionado (s) como parte de mi núcleo familiar, existe (n) y no recibe (n), subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni esta (n) afiliado (s) a otra Caja de Compensación Familiar.

No. de Identificación	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Firma

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

Firma del declarante

Doc. de identidad _____

de _____

Formato adoptado según Resolución 1040 de 2012

Espacio reservado para Caja de Compensación