

## Datos del Solicitante

1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
No de Cédula		Estado civil		Nivel de estudios		Técnico	
Fecha de expedición		Soltero <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/>		Profesional <input type="checkbox"/>	
Lugar de expedición		Casado <input type="checkbox"/>		Primaria <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	
Lugar de expedición		Unión libre <input type="checkbox"/>		Secundaria <input type="checkbox"/>			
Profesión				Valor mensual de ingreso			
Correo electrónico							
Dirección oficina:				Dirección de correspondencia:			
Municipio:				Municipio:			
Corregimiento:				Corregimiento:			
Barrio:				Barrio:			
Teléfono		Celular		Fax			

## Datos del Conyuge o Compañero

1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
No de Cédula		Fecha de Expedición		Lugar de Expedición			
Sexo		Fecha de Nacimiento		Nivel de estudios		Salario	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Día Mes Año		Ninguno <input type="checkbox"/>		\$ _____	
				Técnico <input type="checkbox"/>			
				Primaria <input type="checkbox"/>			
				Secundaria <input type="checkbox"/>			
				Profesional <input type="checkbox"/>			
				Otro <input type="checkbox"/>			
Correo electrónico						Teléfono	

## Datos del Grupo Familiar

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	1er NOMBRE	2do NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO					NOVEDAD		
							H I J O	H I J A S T R O	A D O P T I V O	H E R M A N O	P A D R I N O	D E N U N C I A D O	U N I C A M E N T O	X - C A M B I O - D E M U D A
					M F	AÑO MES DÍA								

## Declaración Jurada

## Autorización para el uso de la información

<p>Declaro bajo la gravedad de juramento que los datos contenidos son exactos. De ser aprobada la solicitud me comprometo a cumplir la norma y los reglamentos de Cajacopi.</p> <p>_____</p> <p>Firma del Trabajador</p>	<p>En mi calidad de trabajador independiente, autorizo de manera expresa a la Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico para el uso y tratamiento de mis datos personales que reposan en las bases de datos de afiliados, en virtud de la función que le compete de administrar el Sistema de Subsidio Familiar, en los términos y para los fines establecidos en la norma legal vigente.</p> <p>_____</p> <p>Firma del Trabajador</p>
--	---

## Recepción del Documento

## Espacio Reservado para Cajacopi



Fecha devolución Atención al Cliente	Fecha recibido por Afiliación
Día _____ Mes _____ Año _____	Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha devolución Atención al Cliente	Fecha recibido por Afiliación
Día _____ Mes _____ Año _____	Día _____ Mes _____ Año _____

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.

## DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR

- Fotocopia de la cédula al 150% (ambas caras) del solicitante y del cónyuge, si es el caso.
- Fotocopia último recibo de pago a la EPS
- Carta informando si está o estuvo afiliado a una Caja de Compensación y declaración de la fuente de ingresos.
- Si el solicitante es casado o vive en unión libre, diligenciar formato establecido por el ministerio.
- Registro civil de nacimiento de los hijos sea cual fuere su calidad.  
(Legítimo, extramatrimonial, hijastro, adoptivo) para comprobar parentesco.



# DECLARACIÓN JURAMENTADA

01.1 - 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