

**Marque con una X según el caso**

 TRABAJADOR  REPRESENTANTE LEGAL  NUEVAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR  TRASLADO DE EMPRESA  REINTEGRO 
**Datos de la Empresa**

 NIT. 

 RAZÓN SOCIAL 

 SUCURSAL DONDE LABORA 

 E-MAIL 

 CÓDIGO 
**Datos del Trabajador según documento de identidad**

1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		1er. NOMBRE		2do. NOMBRE					
No. CÉDULA		FECHA DE EXPEDICIÓN		DÍA		MES		AÑO		LUGAR DE EXPEDICIÓN	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO		ESTADO CIVIL		FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		NIVEL OCUPACIONAL		SALARIO	
DÍA		MES		AÑO		M		CASADO		VIUDO	
		F		UNIÓN LIBRE		SEPARADO		OPERATIVO		SUELDO BASE \$	
								ADMINISTRATIVO		COMISIÓN \$	
								DIRECTIVO		SALARIO TOTAL \$	
TIPO DE CONTRATO		INDEFINIDO		A TÉRMINO DEFINIDO							
DIRECCIÓN RESIDENCIA		MUNICIPIO		TELÉFONO Y/O CELULAR							
BARRIO		ZONA URBANA		ZONA RURAL		E-MAIL		TIENE TARJETA RECARGABLE CAJACOPI		SI	
PROFESIÓN		NIVEL EDUCATIVO		NINGUNO		PRIMARIA		SECUNDARIA		TÉCNICO	
										PROFESIONAL	

**Datos de otros Empleadores para los cuales trabaja (Si es el caso)**

NIT.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	HORAS LABORADAS MES	SALARIO MENSUAL
NIT.	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	HORAS LABORADAS MES	SALARIO MENSUAL

**Datos del Cónyuge o Compañero(a)**

1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		1er. NOMBRE		2do. NOMBRE					
No. CÉDULA		FECHA DE EXPEDICIÓN		DÍA		MES		AÑO		LUGAR DE EXPEDICIÓN	
CONVIVEN SI		NO		SI NO CONVIVEN INFORME LA DIRECCIÓN		ESTUDIOS:		NINGUNO		TÉCNICO	
								PRIMARIA		PROFESIONAL	
								SECUNDARIA			
TRABAJA SI		NO		EMPRESA		CARGO ACTUAL		SALARIO BÁSICO		RECIBE SUBSIDIO EN DINERO	
										SI	
										NO	
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		E-MAIL		EN CUAL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					

**Personas a Cargo**

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

**Declaración Jurada**

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada, así como los documentos adjuntos es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad del juramento con su suscripción. Autorizo para que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones correspondientes.

 FIRMA DE LA EMPRESA  
 NIT. O C.C. No.

 FIRMA DEL TRABAJADOR  
 NIT. O C.C. No.

**Autorización para el uso de la información**

En mi calidad de trabajador, 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.

 FIRMA DEL TRABAJADOR  
 NIT. O C.C. No.

**Documentos Anexos**
**Recepción del Documento**
**Espacio Reservado para Cajacopi**

Fecha devolución Atención al Cliente

 Día  Mes  Año 

Fecha recibido por Afiliación

 Día  Mes  Año 


## 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 (PAPA Y MAMA)

- 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 1ero de enero de 2005, no será necesario aportar los registros civiles de las personas a cargo que usted afilió en su momento.



# 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