

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DE LOS TRABAJADORES



CAJASAI
Caja de Compensación Familiar de
San Andrés y Providencia Islas

<input type="checkbox"/> 1. Inscripción del trabajador	<input type="checkbox"/> 3. Modificación de información	DÍA	MES	AÑO	CÓDIGO INTERNO										
<input type="checkbox"/> 2. Adición de personas a cargo del trabajador	<input type="checkbox"/> 4. Otra Unión														
1. NOMBRE O RAZÓN DE LA EMPRESA					SUCURSAL			TELÉFONO			NIT O CÉDULA				
2. NOMBRE DEL TRABAJADOR		1er. APELLIDO			2do. APELLIDO			NOMBRES							
3. CÉDULA DE CIUDADANÍA No.					DE			FECHA DE NACIMIENTO			A	M	D		
4. SEXO		H	M	I	5. ESTADO CIVIL		SOLT.	CAS.	VIU.	U.L.	SEP.	DIV.	6. FECHA INGRESO A LA EMPRESA		
7. JORNADA DIARIA		HORAS			8. TIPO DE CONTRATO			9. SERVICIO DOMESTICO			10. FECHA DE TERMINACIÓN				
11. SINDICATO		12. NIVEL EDUCATIVO			13. E.MAIL			14. DIRECCIÓN RESIDENCIA			15. CIUDAD				
S	N	PROFESIÓN						RURAL			URBANO				
TELÉFONO		TIPO DE VIVIENDA			16. SALARIO BÁSICO MENSUAL			COMISIONES			SALARIO TOTAL MENSUAL				
		ARREN.	FAM.	PROP.				S			N				
17. CARGO QUE DESEMPEÑA					19. EMPRESA DONDE TRABAJO ANTES					FECHA DE RETIRO					
18. CIUDAD DONDE PRESTA SERVICIO					20. TRABAJA EN OTRA(S) EMPRESA(S)					SI			NO		
21. PRESENTA DISCAPACIDAD					S			N			22. FACTOR DE VULNERABILIDAD				
CUAL?					DESPLAZADO <input type="checkbox"/> DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL <input type="checkbox"/> POBLACIÓN MIGRANTE <input type="checkbox"/> VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO <input type="checkbox"/> CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/> POBLACIÓN ZONAS FRONTERAS (NACIONALES) <input type="checkbox"/> DESMOVLIZADO 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 DESMOVLIZADOS O REINSERTADOS <input type="checkbox"/> EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/>										
23. PERTENENCIA ÉTNICA															
AFROCOLOMBIANO <input type="checkbox"/>			RAZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS <input type="checkbox"/>			DE LOS ANTERIORES NO SE RECONOCE EN NINGUNO <input type="checkbox"/>									
COMUNIDAD NEGRA <input type="checkbox"/>			INDÍGENA <input type="checkbox"/>												
PALENQUERO <input type="checkbox"/>			ROOM / GITANO <input type="checkbox"/>												
24. 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.										
25. NOMBRE DE(LA) CONYUGUE O COMPAÑERO(A)					CEDULA DE CIUDADANÍA			TELÉFONO O CELULAR							
26. EMPRESA DONDE TRABAJA					SALARIO			OCUPACIÓN			FECHA DE NACIMIENTO				
											A				
											M				
											D				

HIJOS Y/O PADRES A CARGO DEL TRABAJADOR (VER LOS REQUISITOS PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES BENEFICIARIOS DEL SUBSIDIO Y/O SERVICIOS)

No.	APELLIDOS	NOMBRES	SEXO	PARENTESCO	DISCAPACITADO	FECHA NACIMIENTO			DOC. IDENTIDAD
						DÍA	MES	AÑO	
1									
2									
3									
4									

<p>Declaración Juramentada</p> <p>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 verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones correspondientes.</p>	<p>Autorización para uso de la información</p> <p>En cumplimiento con la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar de San Andrés y Providencia Islas, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como "datos sensibles" para los cuales tengo derecho a contestar o no las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor de Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N°. 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales que se encuentra en la página web de CAJASAI www.cajasai.com.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	FIRMA DE DIGITACIÓN	SELLO DE RADICACIÓN DE APORTES Y SUBSIDIOS
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA	A M D
<p>OBSERVACIONES:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>La Radicación de este formulario no garantiza que el afiliado y sus beneficiarios, cumplan los requisitos de presentación.</p> <p>Los trabajadores tendrán 30 días calendario a partir de su ingreso a la empresa, para presentar este formulario con sus respectivos documentos.</p> <p>Causales de rechazo del formulario y/o documento:.</p> <p>- Mal diligenciado. - Con Enmendaduras. - Tachones. - Incompleto. - Ilegible.</p>		<p>Peticiones, Quejas y Reclamos</p> <p>PBX: 513 0808 Ext, 808 - 809 - 810</p> <p>Línea Gratuita 018000955477</p> <p>servicioalcliente@cajasai.com</p>

VIGILADO SuperSubsidio