



SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE INDEPENDIENTES

- a. Independiente con pago de aportes 0.6%
- b. Independiente con pago de aportes 2%
- c. Independiente en el exterior con familia Colombiana aportes 2%

I. DATOS DE LA ENTIDAD PAGADORA						Cód: AC-GDV-F007 Versión 6
NUMERO DE IDENTIFICACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NIT. <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>
NOMBRE O RAZON SOCIAL						

II. DATOS DEL APORTANTE							
NUMERO DE IDENTIFICACION	TIPO DE IDENTIFICACION	C.C. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
ORIENTACION SEXUAL Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/>	SEXO HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> INDET. <input type="checkbox"/>	RESIDE EN EL EXTERIOR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	BARRIO	DIRECCION DE RESIDENCIA		MUNICIPIO DONDE LABORA
CORREO ELECTRÓNICO 1		CORREO ELECTRÓNICO 2				TELEFONO RESIDENCIA	
NIVEL DE ESCOLARIDAD		PRIMERA INFANCIA <input type="checkbox"/>		POSGRADO/MAESTRIA <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL:	
PREESCOLAR <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA ADULTOS <input type="checkbox"/>		TECNICA/TECNOLOGICO <input type="checkbox"/>		NINGUNA <input type="checkbox"/>		SOLTERO(a) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(a) <input type="checkbox"/>	
BASICA <input type="checkbox"/> MEDIA <input type="checkbox"/> MEDIA ADULTOS <input type="checkbox"/>		PROFESIONAL UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>				UNION LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO(a) <input type="checkbox"/>	
INGRESO BASE DE COTIZACION		CELULAR 1		CELULAR 2		TIPO DE VIVIENDA	
						CASA LOTE <input type="checkbox"/> HABITACION <input type="checkbox"/>	
						TENENCIA DE VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> FINANCIADA <input type="checkbox"/>	
						ARRENDADA <input type="checkbox"/> VIVE CON FAMILIARES <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>	
FACTOR DE VULNERABILIDAD	DESPLAZADO <input type="checkbox"/>	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (NO DESPLAZADO) <input type="checkbox"/>	DESMOVILIZADO O REISERTADO <input type="checkbox"/>	HUJO(A)S DE DESMOVILIZADOS O REISERTADOS <input type="checkbox"/>	DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL <input type="checkbox"/>	CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/>	HUJO(A)S DE MADRES CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/>
PERTENENCIA ETNICA	AFROCOLOMBIANO <input type="checkbox"/>	COMUNIDAD NEGRA <input type="checkbox"/>	PALANQUERO <input type="checkbox"/>	INDIGENA <input type="checkbox"/>	RAIZAL DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA <input type="checkbox"/>	ROOM/GITANO <input type="checkbox"/>	NINGUNO DE LOS ANTERIORES <input type="checkbox"/>

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE							
NUMERO DE IDENTIFICACION	TIPO DE IDENTIFICACION	C.C. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	C.D. <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
MUNICIPIO DE RESIDENCIA							
FECHA DE NACIMIENTO AAAA MM DD	SEXO HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> INDET. <input type="checkbox"/>	EMPRESA DONDE TRABAJA		NIT.	RECIBE CUOTA MONETARIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SUELDO BASICO	CELULAR
CAJA ? _____							

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS																	
Numero del Documento de Identidad de las Personas a cargo	Tipo Documento	SEXO			NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS A CARGO				Fecha de Nacimiento			Parentesco			Municipio de Residencia de la persona a cargo	Condición de Discapacidad	Grado Escolaridad
		H	M	I	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Año	Mes	Día	Hijos	Padres	Hermano			

V. DECLARACIÓN DE INGRESOS	
Valor mensual de Ingresos: _____	
Fuente de Ingresos: _____	
Actualmente está afiliado a una Caja de Compensación	SI _____ NO _____
En caso de estar afiliado indique en que Departamento	_____

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la **CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR "CAJASAN"** a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos del menor de edad o persona en condición de discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aún conociendo la posibilidad de oponerme a ello conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la información publicada en www.cajasan.com y/o en carrera 27 No. 61-78 Puerta del Sol. Igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregaría sus datos a **CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR "CAJASAN"** y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

Firma del Independiente - Documento de Identificación _____

FIRMA Y SELLO RECIBIDO POR CAJASAN	Asesor	Municipio	Para uso exclusivo de Cajasan - número de documentos aceptados.							
			Registro Civil	Declaración Juramentada	Partida de Matrimonio	Certificado Discapacidad	Fotocopia de la Cédula	Tarjeta de Identidad	Certificación Custodia	Certificación Defunción

Este documento debe estar completamente diligenciado, legible y sin enmendaduras

VI. REQUISITOS Y DOCUMENTOS PARA LA AFILIACIÓN DE INDEPENDIENTE

- Formulario de “Solicitud de Afiliación de Independientes”
- Copia del documento de identificación
- Certificado de paz y salvo en el caso de afiliación anterior a otra Caja de Compensación

Para el reintegro de su vinculación como independiente aportante a Cajasán es necesario realizar una nueva vinculación en esta modalidad.

VII. DOCUMENTOS PARA AFILIAR AL GRUPO FAMILIAR

- Copia del documento de identificación del cónyuge o compañero permanente
- Registro civil de los hijos para acreditar parentesco, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia
- Manifestación del estado civil: utilizar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo (Formato que puede descargarlo de nuestro portal web o solicitarlo en nuestras sedes) o copia del registro de matrimonio.
- Para los padres mayores de 60 años no pensionados y que no reciban salario, hermanos huérfanos de padres, hijastros y los beneficiarios en condición de discapacidad mayor información en nuestros Centros Integrales de Servicios o en nuestro portal [web www.cajasán.com](http://www.cajasán.com)

Para nuevos beneficiarios requiere diligenciar sus datos y anexar la respectiva documentación sin relacionar los beneficiarios ya afiliados

VIII. ACCESO A SERVICIOS

Los servicios y beneficios a los cuales tendrán acceso los independientes y su núcleo familiar se clasifican según el aporte que realice a CAJASAN sobre el ingreso base de cotización, así:

CLASIFICACIÓN	APORTES	SERVICIOS	CATEGORIA
Independientes base de cotización al sistema de salud	0.6 %	Capacitación, Recreación y Turismo	B
	2 %	Todos los servicios de Cajasán excepto el reconocimiento de la cuota monetaria	B
Independiente Migrante a partir de dos (2) smmlv en moneda colombiana	2 %	El derecho a la totalidad de prestaciones y servicios sociales de que gozan los afiliados, excepto el reconocimiento de la cuota monetaria	B

* smmlv: Salario mínimo mensual legal vigente.

IX. ASPECTOS A TENER EN CUENTA

El pago de sus aportes como independiente lo deberá realizar cada mes a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA por la modalidad de planilla electrónica o por intermedio de una asociación o agremiación debidamente acreditada y autorizada.

Si no efectuará el pago de sus aportes de forma oportuna no podrá utilizar nuestros servicios, ocasionando el retiro de su afiliación a la Caja de compensación.