

Datos del Solicitante

1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
No de Cédula		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>	
Fecha de expedición						EPS	
Lugar de expedición							
Dirección Residencia							
Barrio				Ciudad			
Teléfono		Celular		Correo electrónico			

Datos Específicos

Valor pensión		Fecha pensión		Pensión compartida		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
No. de identificación		Tipo		C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>			
Razón social							
Valor total pensión							

Datos del Cónyuge o Compañero (a)

1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
No. de Cédula		Fecha de nacimiento		Convivencia		Ocupación	
Fecha de expedición		Día _____ Mes _____ Año _____		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Lugar de expedición							
Trabaja		Empresa		Salario		Pensionado	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Entidad que la pensionó						Valor Pensión	

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 DEL PENSIONADO
NIT. O C.C. No.

Autorización para el uso de la información

En mi calidad de Pensionado, 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 PENSIONADO
NIT. O C.C. No.


Recepción del Documento

--

Espacio Reservado para Cajacopi

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.

PENSIONADOS APORTANTES DEL 2%

- Formulario de Inscripción
- Fotocopia de su cédula de ciudadanía ambas caras (Si es por primera vez)
- Fotocopia del último volante de pago Pensional
- Carta de solicitud de afiliación
- Como pensionado aportante usted tiene derecho a servicios de recreación, turismo, programas especiales para el adulto mayor y capacitación. No incluye crédito ni subsidio monetario.

Nota: Para su información el aporte es del 2% mensual de su Salario Pensional, y no está obligado a aportar al ICBF ni al SENA.

PENSIONADOS QUE HAN ESTADO 25 O MÁS AÑOS VINCULADOS AL SISTEMA DE CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR.

Según lo establecido en el Parágrafo 2° del Artículo 9 de la Ley 789 de 2002, en el cual se define que "los trabajadores que hubieren acreditado veinticinco 25 o más años al Sistema de Cajas de Compensación Familiar y se encuentren pensionados tendrán derecho a los programas de capacitación, recreación y turismo social a las tarifas más bajas de cada Caja de Compensación"

- Formulario de Inscripción
- Fotocopia de la cédula ambas caras (Si es por primera Vez)
- Fotocopia de la resolución de Pensión
- Ultimo Volante de pago.
- Certificación(es) de la(s) Caja(s) de Compensación en donde estuvo afiliado, indicando el tiempo de vinculación a la(s) misma(s).

Nota: En este programa de vinculación no se afilia grupo familiar, el beneficio es solo para el pensionado.

PENSIONADOS REGIMEN ESPECIAL LEY 1643 DE 2013

Los Pensionados cuyos pago pensional sean de hasta 1.5 salarios mínimos mensuales legales vigentes (\$924.000 en el 2014), podrán acceder a los servicios de recreación, deporte y cultura, en la última Caja de Compensación donde estuvo afiliado sin tener que cancelar aporte.

Según lo establecido en el Artículo 6° de la Ley 1643 de 2013 "Las Cajas de Compensación Familiar deberán prestar a los pensionados cuya mesada pensional sea de hasta uno y medio (1.5) SMLV, tanto del sector privado como del sector público del orden nacional, territorial, y de los regímenes especiales, mediante previa solicitud, los servicios a que tiene derecho los trabajadores activos en materia de recreación, deporte y cultura. Para estos efectos los pensionados solo presentaran ante la respectiva Caja, a la que estuvieron afiliados en su última vinculación laboral, la documentación que los acredite como tales, incluyendo a su cónyuge o compañera o compañero permanente cuando este no ostente la calidad de trabajador activo, y sus hijos menores de dieciocho (18) años, acreditando el vínculo familiar, sin que se haga necesario el pago de cotización alguna."

Requisitos:

- Formulario de Inscripción
- Fotocopia del último volante de pago
- Carta de solicitud de afiliación
- La vinculación bajo esta ley la debe realizar en la última Caja de Compensación Familiar en la que estuvo vinculado laboralmente.
- Únicamente tendrán acceso a los servicios de recreación, deporte y cultura.
- Pueden vincular al cónyuge, sólo cuando este(a) no sea trabajador activo y a los hijos menores de 18 años.
- Quienes se acojan a este beneficio no recibirán ningún tipo de subsidio.