

Datos del solicitante

**\*CAMPOS OBLIGATORIOS**

*1ER APELLIDO		2DO APELLIDO		*1ER NOMBRE		2DO NOMBRE							
*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN				*TIPO DE DOC. C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> P.E.P. <input type="radio"/> VISA <input type="radio"/> CARNÉ DIPLOMÁTICO <input type="radio"/>									
*FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		*FECHA DE NACIMIENTO		SEXO		ORIENTACIÓN SEXUAL		ESTADO CIVIL		GRADO DE ESCOLARIDAD	
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO	M <input type="radio"/>	HETEROSEXUAL <input type="radio"/>	CASADO <input type="radio"/>	VIUDO <input type="radio"/>	PRIMARIA <input type="radio"/>	SUPERIOR <input type="radio"/>	
							F <input type="radio"/>	HOMOSEXUAL <input type="radio"/>	UNIÓN LIBRE <input type="radio"/>	SEPARADO <input type="radio"/>	SECUNDARIA <input type="radio"/>	NINGUNO <input type="radio"/>	
								BISEXUAL <input type="radio"/>	SOLTERO <input type="radio"/>		TÉCNICO <input type="radio"/>		
*VALOR DE INGRESOS MENSUAL				*FECHA DE PENSIÓN				*PENSIÓN COMPARTIDA SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>					
*RAZÓN SOCIAL													
*TEL				CEL				*CORREO ELECTRÓNICO					
*DIRECCIÓN COMPLETA						LOCAL No.			CENTRO COMERCIAL				
APTO		EDIFICIO		*BARRIO		*MUNICIPIO		*CORREGIMIENTO					

Datos del Cónyuge o Compañero (a)

*1ER APELLIDO		2DO APELLIDO		*1ER NOMBRE		2DO NOMBRE									
*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN				*TIPO DE DOC. C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> P.E.P. <input type="radio"/> VISA <input type="radio"/> CARNÉ DIPLOMÁTICO <input type="radio"/>											
*FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		*FECHA DE NACIMIENTO		GRADO DE ESCOLARIDAD		SEXO		ORIENTACIÓN SEXUAL		PENSIONADO (A)		*VALOR DE INGRESOS MENSUAL	
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO	PRIMARIA <input type="radio"/>	SUPERIOR <input type="radio"/>	M <input type="radio"/>	HETEROSEXUAL <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	VALOR PENSIÓN			
							SECUNDARIA <input type="radio"/>	NINGUNO <input type="radio"/>	F <input type="radio"/>	HOMOSEXUAL <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>				
							TÉCNICO <input type="radio"/>			BISEXUAL <input type="radio"/>					
*TEL				CEL				*CORREO ELECTRÓNICO							
*DIRECCIÓN COMPLETA						LOCAL No.			CENTRO COMERCIAL						
APTO		EDIFICIO		*BARRIO		*MUNICIPIO		*CORREGIMIENTO							

Datos del Grupo Familiar

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

**AVISO DE PRIVACIDAD.**

La CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - CAJACOPI ATLANTICO, en adelante CAJACOPI, comunica a los afiliados personas naturales y empleadores afiliados que la información personal que se recolecta a través de estos formularios se hace por autorización de ley en virtud de las normas que regulan el régimen del subsidio familiar vigente en Colombia. Para dar cumplimiento a este régimen legal, es posible que durante la afiliación al sistema, actualizaciones, reportes y cumplimiento de las obligaciones legales que derivan de este régimen, CAJACOPI recolecte además datos sensibles y/o de niños, niñas y adolescentes menores de edad, caso en el cual se aplicarán las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera. Por tanto, los datos personales serán tratados para cumplir con las finalidades vinculadas al régimen del subsidio familiar, así como para cumplir con las obligaciones originadas en relaciones contractuales resultado de la adquisición y prestación de los servicios que CAJACOPI desarrolla y oferta a sus afiliados. Con la finalidad de verificar la identidad de quienes solicitan subsidio y/o acceden a los servicios y programas de la Caja, así como para prevenir fraudes que puedan afectar al sistema de compensación familiar en detrimento de los dineros públicos, CAJACOPI informa que podrá recolectar datos personales de carácter biométrico los que se someterán a las medidas de seguridad que este tipo de datos requiera. Se informa también que los datos personales podrán ser tratados directamente y/o a través de terceros, en condición de encargados de tratamiento, en centros de datos ubicados dentro o fuera de Colombia, en territorios tales como Estados Unidos, Canadá, Europa, Latinoamérica.

En atención al principio de legalidad, CAJACOPI tiene la obligación de suministrar información a las autoridades y terceros que intervienen en el sistema de subsidio familiar para verificar el estado de la afiliación, gestión de subsidios, atención de PQR's, entre otras finalidades comprendidas en el interés legítimo de la Caja al ejecutar su objeto misional. Así mismo para determinar la calidad y veracidad de los datos se podrán efectuar cruces de información con los entes del Estado y con otras Cajas de Compensación Familiar, agremiaciones u otras entidades inherentes al sistema.

CAJACOPI solicita la autorización del trabajador afiliado para remitirle información comercial, a través de los datos de contacto suministrados y/o resultado de actualizaciones, sobre los beneficios y descuentos a los que puede acceder como afiliado y/o beneficiario, y demás programas que oferta esta organización. Para fines de crear valor y otorgar mejores beneficios a los afiliados y beneficiarios, CAJACOPI podrá realizar procesos de análisis de datos para un mejor conocimiento de los servicios y preferencias de los usuarios de estos. Para otorgar descuentos y/o beneficios la Caja podrá también celebrar alianzas con terceros como almacenes de cadena, establecimientos de comercio y/o terceros que reporten beneficios a los afiliados trabajadores, caso en el cual estos terceros aliados podrán realizar consultas en bases de datos de CAJACOPI con el fin de verificar la calidad del beneficiario. Para los tratamientos y finalidades antes descritas CAJACOPI podrá acudir a los datos personales de contacto suministrados por sus afiliados y beneficiarios, como pueden ser, correo electrónico, dirección física, teléfonos fijos o celulares, entre otros, a través de los cuales podrá informar de manera verbal o escrita, usando cualquier tecnología presente o futura, sobre sus servicios, beneficios, programas, alianzas y demás acciones que redunden en beneficios de sus afiliados. Si no es de su interés el tratamiento antes comunicado, le solicitamos informarlo al siguiente correo: habeasdata@cajacopi.com.

Por su parte, el empleador de manera expresa manifiesta, con la entrega de los datos que hace por los diferentes canales dispuestos por CAJACOPI, que los mismos son exactos, ciertos y pertinentes acorde con la finalidad de afiliación y/o actualización y/o reporte de novedades al sistema de subsidio familiar. Entiende CAJACOPI que los datos del grupo familiar reportados por los trabajadores también han sido obtenidos con la previa autorización de los titulares de dichos datos. Para el ejercicio del Habeas Data, esto es, conocer, actualizar, rectificar su información, y cuando ello proceda, solicitar la cancelación de sus datos de las bases de datos de mercadeo, el titular o quien demuestre un legítimo interés, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: habeasdata@cajacopi.com.co o dirigiendo una comunicación a la siguiente dirección en la ciudad de Barranquilla: Cra. 46 No. 53-34. Para tal efecto deberá suministrar con precisión los datos y documentos requeridos con el fin de tramitar, atender y responder su solicitud. La Política de Privacidad puede ser consultada en el siguiente enlace web: www.cajacopi.com o puede ser consultada físicamente en nuestras sedes.

**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 TRABAJADOR  
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 TRABAJADOR  
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.