

| I. MODALIDAD DE AFILIACIÓN                       |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| a. Fidelización 25 años <input type="checkbox"/> | b. Mesada inferior a 1.5 smmlv aporte del 0 % <input type="checkbox"/> | c. Mesada inferior a 1.5 smmlv aporte del 0.6 % <input type="checkbox"/> | d. Mesada inferior a 1.5 smmlv aporte del 2 % <input type="checkbox"/> | e. Mesada superior a 1.5 smmlv aporte del 0.6 % <input type="checkbox"/> | f. Mesada superior a 1.5 smmlv aporte del 2 % <input type="checkbox"/> |

| II. DATOS DE LA ENTIDAD PAGADORA |                        |                               |                               |                               |                                    |
|----------------------------------|------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 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            |                        |                               |                               |                               |                                    |

| III. DATOS DEL PENSIONADO   |  |  |                               |                               |                                    |
|---|--|--|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 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<br>Heterosexual <input type="checkbox"/><br>Homosexual <input type="checkbox"/><br>Bisexual <input type="checkbox"/> | SEXO<br>HOMBRE <input type="checkbox"/><br>MUJER <input type="checkbox"/><br>INDET. <input type="checkbox"/> | RESIDE EN EL EXTERIOR<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | MUNICIPIO DE RESIDENCIA       | BARRIO                        | DIRECCION DE RESIDENCIA            |
| MUNICIPIO DONDE LABORA  |  | FECHA DE NACIMIENTO<br>AAAA MM DD  |                               |                               |                                    |
| CORREO ELECTRÓNICO 1  |  | CORREO ELECTRÓNICO 2   |                               |                               | TELEFONO RESIDENCIA                |

|                                     |   |   |  |  |   |   |   |   |  |
|-------------------------------------|---|---|--|--|---|---|---|---|--|
| NIVEL DE ESCOLARIDAD                | BASICA ADULTOS <input type="checkbox"/> | PRIMERA INFANCIA <input type="checkbox"/>                               | POSGRADO/MAESTRIA <input type="checkbox"/>         | SOLTERO(a) <input type="checkbox"/>                              | DIVORCIADO(a) <input type="checkbox"/>                | TIPO DE VIVIENDA  | CASA LOTE <input type="checkbox"/>                            | TENENCIA DE VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> | FINANCIADA <input type="checkbox"/>          |
| PREESCOLAR <input type="checkbox"/> | SECUNDARIA <input type="checkbox"/>     | SECUNDARIA ADULTOS <input type="checkbox"/>                             | TECNICA/TECNOLOGICO <input type="checkbox"/>       | NINGUNA <input type="checkbox"/>                                 | UNION LIBRE <input type="checkbox"/>                  | SEPARADO(a) <input type="checkbox"/>  | HABITACION <input type="checkbox"/>                           |   |  |
| BASICA <input type="checkbox"/>     | MEDIA <input type="checkbox"/>          | MEDIA ADULTOS <input type="checkbox"/>                                  | PROFESIONAL UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> | ESTADO CIVIL:<br>CASADO(a) <input type="checkbox"/>              |   | VIUDO(a) <input type="checkbox"/>   | CASA <input type="checkbox"/>                                 | ARRENDADA <input type="checkbox"/>                    | VIVE CON FAMILIARES <input type="checkbox"/> |
| VALOR MESADA                        |   |   |  | CELULAR 1  |   | CELULAR 2   |   |   |  |
| FACTOR DE VULNERABILIDAD            | DESPLAZADO <input type="checkbox"/>     | VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ( NO DESPLAZADO ) <input type="checkbox"/> | DESMOVLIZADO O REISERTADO <input type="checkbox"/> | HIDO(AS) DE DESMOVLIZADOS O REISERTADOS <input type="checkbox"/> | DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL <input type="checkbox"/> | CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/>  | HIDO(AS) DE MADRES CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/> | EN CONDICION DE DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> | POBLACION MIGRANTE <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"/>    |  |

| IV. 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"/> | EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| PRIMER APELLIDO                              |  | SEGUNDO APELLIDO              |                               | PRIMER NOMBRE                 |   | SEGUNDO NOMBRE                |                              | MUNICIPIO DE RESIDENCIA  |  |
| FECHA DE NACIMIENTO<br>AAAA MM DD            | SEXO<br>HOMBRE <input type="checkbox"/><br>MUJER <input type="checkbox"/><br>INDET. <input type="checkbox"/> | EMPRESA DONDE TRABAJA         |                               | NIT.                          | RECIBE CUOTA MONETARIA<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SUELDO BASICO                 |                              | CELULAR  |  |
| CAJA ? _____                                 |  |                               |                               |                               |   |                               |                              |  |  |

| V. 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 |   |                           |                   | Hijastro |
|   |                |      |   |   |   |                  |               |                |                     |     |     |            |        |         |   |                           |                   |          |
|   |                |      |   |   |   |                  |               |                |                     |     |     |            |        |         |   |                           |                   |          |
|   |                |      |   |   |   |                  |               |                |                     |     |     |            |        |         |   |                           |                   |          |
|   |                |      |   |   |   |                  |               |                |                     |     |     |            |        |         |   |                           |                   |          |

| VI. 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](http://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 Pensionado - Documento de Identificación \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| FIRMA Y SELLO RECIBIDO POR CAJASAN<br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Asesor</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Municipio</div> </div> | Para uso exclusivo de Cajasen - número de documentos aceptados.<br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Registro Civil</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Declaración Juramentada</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Partida de Matrimonio</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Certificado Discapacidad</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Fotocopia de la Cédula</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Tarjeta de Identidad</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Certificación Custodia</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Certificación Defunción</div> </div> |
|---|--|

## VII. REQUISITOS Y DOCUMENTOS PARA LA AFILIACIÓN DE PENSIONADOS

- Registro actualización información y/o Afiliación Pensionado.
- Copia del documento de Identificación.
- Copia del último reporte de pago de la mesada Pensional.
- Paz y Salvo de desafiliación expedido por la última Caja de Compensación Familiar a la cual haya estado afiliado en el Departamento de Santander.

El pensionado tendrá la obligación de reportar a CAJASAN cualquier circunstancia que modifique su condición de afiliación, en especial, la reliquidación de su mesada pensional o los cambios relacionados con su núcleo familiar.

## VIII. DOCUMENTOS PARA AFILIAR AL GRUPO FAMILIAR

- Copia del documento de identificación del cónyuge o compañero permanente que no ostente la calidad de trabajador activo.
- Registro civil de los hijos para acreditar parentesco, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia y menores de dieciocho (18) años.

La acreditación del grupo familiar se realizará conforme las reglas generales aplicables en el sistema de compensación familiar

## IX. ACCESO A SERVICIOS

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

| CLASIFICACIÓN  | APORTES | SERVICIOS   | CATEGORIA |
|--|---------|---|-----------|
| Fidelización: 25 años o mas afiliados a una o varias Cajas de Compensación | 0 %     | Capacitación, Recreación y Turismo                  | A         |
| Mesada inferior a 1.5 smmlv  | 0 %     | Recreación, Deporte y Cultura                       | A         |
| Mesada inferior a 1.5 smmlv  | 0.6 %   | Recreación, Deporte, Cultura Turismo y Capacitación | A         |
| Mesada inferior a 1.5 smmlv  | 2 %     | Todos los servicios excepto la cuota monetaria      | A         |
| Mesada superior a 1.5 smmlv  | 0.6 %   | Recreación Turismo y Capacitación                   | B         |
| Mesada superior a 1.5 smmlv  | 2 %     | Todos los servicios excepto la cuota monetaria      | B         |

Smmlv: Salario mínimo mensual legal vigente.

## X. ASPECTOS A TENER EN CUENTA

- Si la afiliación se hace por grupo, debe hacerse a través de la asociación de pensionados a la cual el solicitante esté vinculado.
- El pago de sus aportes como pensionado lo deberá realizar cada mes a través de la entidad que informe y autorice Cajasan.
- 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
- El pensionado fidelidad tendrá derecho a las tarifas de la categoría "A" únicamente el pensionado sin su grupo familiar.