

	Proceso Misional	Código: CSC-AC-FR-01
	Oficina de Prensa y Atención al Cliente	Versión: 03
	Formulario de Afiliación	Fecha: Mayo 16 del 2023

Fecha diligenciamiento (d/m/a)		Fecha Radicación completa de documentos (d/m/a) - Novasoft	
---------------------------------------	--	---	--

Nueva afiliación <input type="checkbox"/>	Actualización de datos <input type="checkbox"/>	Cambio de Pagaduría <input type="checkbox"/>	DE: _____	A: _____
---	---	--	-----------	----------

INFORMACIÓN PERSONAL				
Nombres y Apellidos completos				
Doc. Identidad C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Número:		Expedida en :		
Fecha de Nacimiento Día:	Mes:	Año:	Edad:	Lugar de Nacimiento:
Grupo Social: Padre/madre cabeza de familia <input type="checkbox"/> Persona con discapacidad <input type="checkbox"/> Desplazado <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> LGTBIQ+ <input type="checkbox"/>				
Etnia: Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mulato <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Gitano <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Sisben <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/>				
Educación: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Sin Educación <input type="checkbox"/>			Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>			Seguridad social EPS:	
Dirección Residencia Actual, Municipio, Ciudad:		Tipo de vivienda:		Teléfono residencia
		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
Correo electrónico personal			Número Celular	

INFORMACIÓN LABORAL				
Carrera administrativa <input type="checkbox"/> Libre nombramiento <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Trabajador oficial <input type="checkbox"/>				
Empresa donde trabaja		Cargo actual/Ocupación		Fecha de vinculación
Dirección de la empresa		Municipio		Teléfono oficina
Correo electrónico oficina			Correo electrónico pagaduría	
Sueldo Mensual (ingresos)			Egresos	

REFERENCIA FAMILIAR			
Nombre / Apellido	Parentesco	Celular	Dirección Residencia / Ciudad

REFERENCIA PERSONAL			
Nombre / Apellido	Parentesco	Celular	Dirección Residencia / Ciudad

AUTORIZACIONES Y OBSERVACIONES GENERALES
<p>Solicito ser admitido como afiliado a la Corporación Social de Cundinamarca y manifiesto que me someto a sus estatutos y reglamentos internos. Manifiesto que los datos suministrados y documentos anexos a esta solicitud son auténticos y pueden ser verificados por la Corporación Social de Cundinamarca en las centrales de riesgos o entidades correspondientes. En cumplimiento con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013, en lo que respecta a la protección y uso de datos personales, otorgo consentimiento expreso para utilizar la información aquí consignada y otra recolectada posteriormente, a esta entidad así como aquellos terceros que por disposición de la Corporación Social de Cundinamarca, asuman la calidad de encargados de su tratamiento (recolección, verificación, almacenamiento, uso, circulación o supresión).</p> <p>Son derechos de nuestros afiliados sobre sus datos personales: Conocer y solicitar actualización, redificación o supresión de datos, conocer el uso que se da a sus datos personales y revocar por escrito en cualquier momento esta autorización de tratamiento a los mismos. Así mismo, la Corporación Social de Cundinamarca garantiza a sus afiliados en todo tiempo, el pleno y efectivo ejercicio de su derecho constitucional de hábeas data.</p>

REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN		Firma del cliente
1. Formulario de afiliación		
2. Fotocopia Cédula de ciudadanía		
3. Certificación laboral (Donde conste la condición de servidor público, tipo de vinculación, salario y tiempo de servicio)		
4. Desprendible de pago (último)		
6. Resolución de pensión (solo para pensionados)		

DATOS DE QUIEN RECIBE LA SOLICITUD DE AFILIACIÓN			
Nombres y Apellidos	Cargo	Fecha	Firma

DATOS DE QUIEN INGRESA A NOVASOFT - AFILIACIÓN			
Nombres y Apellidos	Cargo	Fecha	Firma