

	Proceso Misional Oficina de Prensa y Atención al Cliente	Código: CSC-AC-FR-01
	Formulario de Afiliación	Versión: 05 Fecha: febrero 25 de 2026

Fecha diligenciamiento (d/m/a)	
---------------------------------------	--

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"/>	N/A <input type="checkbox"/>		
Etnia:	Afrocolombiano <input type="checkbox"/>	Afrodescendiente <input type="checkbox"/>	Mulato <input type="checkbox"/>	Mestizo <input type="checkbox"/>
	Indígena <input type="checkbox"/>	Gitano <input type="checkbox"/>	N/A <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:		Municipio y/o Ciudad:		
Tipo de vivienda:		Teléfono residencia:		
Urbana <input type="checkbox"/>		Rural <input type="checkbox"/>		
Otro <input type="checkbox"/>		Número Celular:		
Correo electrónico personal:				

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"/>	Elección Popular <input type="checkbox"/>
Entidad/empresa donde trabaja:		Cargo actual/Ocupación:		Fecha de vinculación:	
Dirección de la entidad / empresa:		Municipio /ciudad:		Teléfono oficina:	
Correo electrónico oficina ó pagaduría:					
Sueldo Mensual (ingresos)			Egresos		

REFERENCIA FAMILIAR

Nombres y Apellidos completos	Parentesco	Celular
Dirección Residencia	Municipio / ciudad	

REFERENCIA PERSONAL

Nombres y Apellidos completos	Parentesco	Celular
Dirección Residencia	Municipio / ciudad	

AUTORIZACIONES Y OBSERVACIONES GENERALES

Solicito ser admitido como afiliado a la Corporación Social de Cundinamarca (CSC) y manifiesto expresamente que conozco y acepto sus estatutos y reglamentos internos. Declaro que los datos y documentos que adjunto a esta solicitud son auténticos y autorizo su verificación por parte de la CSC ante las entidades que considere pertinentes, incluidas las centrales de riesgo.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013, y en concordancia con la Política de Tratamiento de Datos Personales adoptada por la CSC, autorizo de forma libre, previa, expresa e informada el acceso, almacenamiento, verificación, uso, circulación y eventual supresión de mis datos personales por parte de la Corporación, así como por terceros que actúen como encargados del tratamiento bajo su responsabilidad.

Esta autorización aplica exclusivamente para fines relacionados con la prestación de los servicios ofrecidos por la CSC y la gestión administrativa derivada del proceso de afiliación.

Como titular de la información, reconozco que me asisten los derechos consagrados en la Ley 1581 de 2012, entre ellos: conocer, actualizar, rectificar o suprimir mis datos personales y revocar esta autorización en cualquier momento, mediante solicitud escrita, conforme lo establecido en la normativa vigente.

La Corporación Social de Cundinamarca garantiza en todo momento el pleno y efectivo ejercicio del derecho constitucional de hábeas data por parte de sus afiliados.

REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN

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)	Firma del cliente
--	--------------------------

DATOS DE QUIÉN RECIBE LA SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Nombres y Apellidos	Cargo	Fecha	Firma
----------------------------	--------------	--------------	--------------

DATOS DE QUIEN INGRESA A NOVASOFT - AFILIACIÓN

Nombres y Apellidos	Cargo	Fecha	Firma
----------------------------	--------------	--------------	--------------