

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

RADICACIÓN

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL	OFICINA
Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>		FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYUSCULA E IMPRIMA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS	
Tipo de documento: CC <input checked="" type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		N.º de documento: 80414712	
Fecha de Expedición: 17/10/1986		Municipio Expedición: BOGOTÁ	
Departamento Expedición: CUNDINAMARCA		Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Primer nombre: FELIPE		Segundo nombre:	
Primer apellido: TRAUTTMANSDOREF WEINSBERG		Segundo apellido: STREUBEL	
Fecha nacimiento: 30/07/1968		Municipio nacimiento: MEDELLÍN	
Departamento nacimiento: ANTIOQUIA		Nacionalidad: COLOMBIANA	
Dirección de residencia: CIL 136 A # 73 A-86		Barrio / vereda de residencia: SUBA	
Municipio de residencia: BOGOTÁ		Departamento de residencia: CUNDINAMARCA	
Teléfono de residencia:		Celular: 3203474955	
Ocupación u oficio: ADMINISTRADOR EMPRESAS		Ingreso mensual \$: 8.000.000	
Correo electrónico: FVONT4X4@GMAIL.COM		Salario integral: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Autorización uso de medios electrónicos: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil).		Es empleador: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Dirección de ubicación laboral: CPA 106 H 15 A-25 BOGOTÁ S L 84		Barrio / vereda de ubicación laboral: FONTIBÓN	
Municipio de ubicación laboral: BOGOTÁ		Departamento de ubicación laboral: CUNDINAMARCA	
Teléfono laboral: 4395131		Alto riesgo: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento: NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		N.º de documento		DV	Código CIU
Naturaleza: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Razón social o nombre					
Dirección		Municipio			
Barrio / vereda		Departamento		Sucursal	
Teléfono		Celular		Ocupación u oficio	
Correo electrónico					

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Tipo de documento: CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		N.º de documento		Fecha de nacimiento		
Primer nombre		Segundo nombre		Día	Mes	Año
Primer apellido		Segundo apellido				
Nacionalidad		Dirección de residencia				
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia		Departamento de residencia		
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono		Celular	Correo electrónico		
Parentesco: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>						
Tipo de documento: CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		N.º de documento		Fecha de nacimiento		
Primer nombre		Segundo nombre		Día	Mes	Año
Primer apellido		Segundo apellido				
Nacionalidad		Dirección de residencia				
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia		Departamento de residencia		
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono		Celular	Correo electrónico		
Parentesco: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>						

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD: Vinculación inicial <input type="checkbox"/> Traslado de régimen <input checked="" type="checkbox"/> Traslado de entidad diferente <input type="checkbox"/> Traslado por Pensión Familiar <input type="checkbox"/>		No cotizado más de 150 semanas y las causas o fondos del sector público: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Subsidio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si marcó Traslado indique: Entidad Actual: PORVENIR		Entidad a donde desea trasladarse:			
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		Tarifa con la que debe cotizar		%	
<p>1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en calidad de responsable y a los encargados de efectuar el tratamiento de datos, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieren a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>					

DECLARACIONES
 "Hago constar que la selección de Régimen **Porvenir** es libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a **Colpensiones** para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos."

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA
----------------------------------	-----------------	--	--

"Ven por tu FUTURO"



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

FELIPE TRAUTTMANSDORFF WEIN STREUBEL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.414.712**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Junio del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.





ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 80.414.712		REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO		Indicativo Serial 41451737	
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina NOTARIA CUARTA					
Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	<input checked="" type="checkbox"/> 4
Consulado	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>
Código				004	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía					
COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN - - - -					
Datos del inscrito					
Primer Apellido		Segundo Apellido			
TRAUTTMANSDORFF WEINSBERG - - - -		STREUBEL - - - -			
Nombre(s) FELIPE - - - -					
Fecha de nacimiento					
Año	1968	Mes	JULIO	Día	30
Sexo (en letras)		Grupo Sanguíneo		Factor RH	
MASCULINO - - - -					
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)					
COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN - - CLINICA EL ROSARIO - - - -					
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos					
ESCRITURA PUBLICA Nº 2.827 NOTARIA SEXTA DE				Número certificado de nacido vivo	
				BOGOTA D.C. - - - -	
Datos de la madre					
Apellidos y nombres completos					
STREUBEL DE V. GRETE - - - -					
Documento de identificación (Clase y número)					
Nacionalidad					
SIN INFORMACION - - - - COLOMBIANA - - - -					
Datos del padre					
Apellidos y nombres completos					
CARL MATHIAS VON TRAUTTMANSDORFF - - - -					
Documento de identificación (Clase y número)					
Nacionalidad					
CEDULA DE CIUDADANIA 93847 EXTRANJERIA - - - AUSTRIACA - - - -					
Datos del declarante					
Apellidos y nombres completos					
VON TRAUTTMANSDORFF STREUBEL - - - -					
Documento de identificación (Clase y número)					
Firma					
CEDULA DE CIUDADANIA 80.414.712 USAQUEN (BOGOTA) FIRMADO POR					
CORREO					
Datos primer testigo					
Apellidos y nombres completos					
Documento de identificación (Clase y número)					
Firma					
Datos segundo testigo					
Apellidos y nombres completos					
Documento de identificación (Clase y número)					
Firma					
Fecha de inscripción					
Año	2008	Mes	05	Día	19
Nombre y firma del funcionario que autoriza					
FRANCISCO ALONSO GARCÉS CÓRREA					
NOT CUARTO					
Reconocimiento paterno					
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento					
Firma					
Nombre y Firma					
ESPACIO PARA NOTAS					
VIENE DEL SERIAL 225 LIBRO 31 DE FECHA 06 DE AGOSTO DE 1968. SE					
SUSTITUYE EL ANTERIOR REGISTRO POR ESCRITURA PUBLICA Nº 2.827 DE FECHA					
28 DE ABRIL DE 2008 DE LA NOTARIA SEXTA DE BOGOTA D.C.					
POR CAMBIO DE NOMBRE. VARIOS 141 F. 150					
LEASE "TRAUTTMANSDORFF WEINSBERG" STREUBEL					
"EL NOMBRE COMPLETO Y CORRECTO DEL DECLARANTE					
ES FELIPE VON TRAUTTMANSDORFF STREUBEL.					
MEDELLIN, 20 JUNIO 2008.					

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Ficha Afiliado

Certificaciones Relaciones Laborales Historico Traslados Historico Novedades

Identificación	C-80414712		
Nombres	FELIPE		
Apellidos	TRAUTTMANSDORFF WEINSBERG STREUBEL		
Fecha de Nacimiento	30/07/1968	Sexo	M
Departamento de Nacimiento	BOGOTA		
Municipio de Nacimiento	BOGOTA, D.C.		
Dirección	CLL 136 A # 73A 86 SUBA		
Departamento de Residencia	BOGOTA		
Municipio de Residencia	BOGOTA, D.C.		
Telefono	3203474955/	Email	
Estado	VIVO		
Estado Pension	Trasladado		
Fecha Vinculación	01/01/1995		
Tipo Afiliado	COTIZANTE		
Tipo Vinculado			

[▶ Regresar](#)

Camilo Dimas



BOGOTÁ, 11 de mayo de 2020

BZ2020_4764919-1011983

Señor (a)
STREUBEL FELIPE VON TRAUTTMANSDORFF
CLL 136 A # 73A 86
BOGOTÁ, D.C. BOGOTA D.C

Base Asofondos

Referencia: Radicado No 2020_4764919 del 11 de mayo de 2020
Ciudadano: STREUBEL FELIPE VON TRAUTTMANSDORFF
Identificación: Cédula de ciudadanía-80414712
Tipo de Trámite: Actualización de datos-Actualización de datos básicos del afiliado

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES.

En respuesta a su solicitud de actualización de datos para la(s) siguiente(s) novedad(e)s:

Actualización Solicitada
Datos de ubicación Afiliado
Actualización de nombres y/o sexo del afiliado

radicada mediante el número señalado en la referencia, cordialmente nos permitimos informarle, que se realizaron las investigaciones y acciones pertinentes, obteniendo el siguiente resultado:

Nos permitimos informar que su solicitud fue debidamente tramitada, aplicándose las correcciones respectivas en sus datos básicos y de ubicación. Con fundamento en los soportes documentales allegados por el solicitante y partiendo del principio de la buena fe de las actuaciones de los particulares frente a las entidades públicas.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Atentamente,

1 de 2