



NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA
GENERAL DE PENSIONESCOLPENSIONES - 2023.9352098
14/06/2023 02:54:36 PM
CALI CENTRO
VALLE DEL CAUCA - CALI
AFILIACIONES
IMAGENES:6CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL	OFICINA
Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS		
Tipo de documento: CC <input checked="" type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	N.º de documento	14242338	
Fecha de Expedición: 27.03.1981	Municipio Expedición: IBAGUE	Departamento Expedición: Tolima	Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Primer nombre: JULI	Segundo nombre: GERMAN		
Primer apellido: PADILLA	Segundo apellido: BARRACAN		
Fecha nacimiento: 02.02.1963	Municipio nacimiento: Valle SAN JUAN	Departamento nacimiento: Tolima	Nacionalidad: Colombiano
Dirección de residencia: CRA 1B # 57-102 2-204	Barrio / vereda de residencia: TORRES COMFANDI II ETAPA		
Municipio de residencia: CALI	Departamento de residencia: VALLE DEL CAUCA		
Teléfono de residencia: 0	Celular: 315.539.1901	Salario integral: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Ocupación u oficio: GERENTE COMERCIAL	Ingreso mensual: \$ 3.500.000. =	Es empleador: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Correo electrónico: german.padilla@yahoo.com	Alto riesgo: 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).			
Dirección de ubicación laboral: CALLE 71D No. 4A1-25	Barrio / vereda de ubicación laboral: GUADUALES		
Municipio de ubicación laboral: CALI	Departamento de ubicación laboral: VALLE CAUCA	Teléfono laboral: 602-3899909	

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento: NIT <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	N.º de documento	900.428946	
Naturaleza: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input checked="" type="checkbox"/>	Razón social o nombre	CALIMAS DOTACIONES SAS	
Dirección: CALLE 71D No. 4A1-25	Municipio	CALI	
Barrio / vereda: GUADUALES	Departamento	VALLE DEL CAUCA	
Teléfono: 602-3899909	Celular: 318.535.6763	Ocupación u oficio	DOTACIONES INDUSTRIALES
Correo electrónico: administracion@calimasdoticiones.com			

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1. Tipo de documento: CC <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	N.º de documento	1.1193.419.163	
Primer nombre: NATHALIA	Segundo nombre:	Día: 18	Mes: 05 Año: 2000
Primer apellido: PADILLA	Segundo apellido: ARENAS		
Nacionalidad: COLOMBIANA	Dirección de residencia: CRA 1B No. 57-102 2-204		
Municipio de residencia: CALI	Barrio / vereda de residencia: TORRES COMFANDI	Departamento de residencia: VALLE DEL CAUCA	
Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono: 316.6377500	Correo electrónico: nathaliapadilla1805@gmail.com	
Parentesco: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
2. Tipo de documento: CC <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	N.º de documento	1.006.009.674	
Primer nombre: JULI	Segundo nombre: FELIPE	Día: 27	Mes: 10 Año: 2001
Primer apellido: PADILLA	Segundo apellido: ARENAS		
Nacionalidad: COLOMBIANO	Dirección de residencia: CRA 1B # 57-102 2-204		
Municipio de residencia: CALI	Barrio / vereda de residencia: VALLE CAUCA	Departamento de residencia: TORRES COMFANDI	
Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono: 300.7033817	Correo electrónico: felipe.padilla473@gmail.com	
Parentesco: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" 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 a las cajas 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: PROTECCIÓN	Entidad a donde desea trasladarse: COLPENSIONES		
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál?	Tarifa con la que debe cotizar: %	
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 los diferentes componentes del sistema general de seguridad social 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 checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
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 checked="" type="checkbox"/>			
3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

V. FIRMAS

Hago constar que la selección de Régimen <input checked="" type="checkbox"/> he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido <input checked="" type="checkbox"/> cotizar a COLPENSIONES mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.	Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.		
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.			
AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA AFILIADO	NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

ADI-GAF-FML-001_V3

"Ven por tu FUTURO"

