

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA  
GENERAL DE PENSIONES**

COLPENSIONES  
2020 10658013  
21/10/2020 3:15:00 p. m.  
WEB  
AFILIACIONES  
No Folios: 01



\*202010658013\*

**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"/> Cual <input type="checkbox"/>   | N.º de documento 79117137  |  |   |
| Fecha de Expedición 00/00/00   | Municipio Expedición   | Departamento Expedición  | Sexo M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Primer nombre HERNANDO   | Segundo nombre   |  |   |
| Primer apellido RESTREPO   | Segundo apellido   |  |   |
| Fecha nacimiento 12/07/1960  | Municipio nacimiento PEREIRA   | Departamento nacimiento RISARALDA                                  | Nacionalidad COLOMBIA   |
| Dirección de residencia CL 71B 77A66   | Barrio / vereda de residencia santa helenita                                 |  |   |
| Estado/Ciudad de residencia BOGOTA, D.C.   | País de residencia BOGOTA D.C  |  |   |
| Teléfono de residencia   | Celular 3208227962   | Salario integral   | SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>    |
| Ocupación u oficio NINGUNA   | Ingreso mensual \$ 2,500,000   | Es empleador   | SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>    |
| Correo electrónico HERNARES@GMAIL.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). SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |  |   |
| Dirección de ubicación laboral   | Barrio/ vereda de ubicación laboral  |  |   |
| Municipio de ubicación laboral   | Departamento de ubicación laboral  | Teléfono laboral   |   |

**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"/> Cual <input type="checkbox"/> | N.º de documento 860015118                                       | DV                 | Código CIIU |
| Naturaleza Pública <input type="checkbox"/> Privada <input checked="" type="checkbox"/>   | Razón social o nombre CONTINENTAL AUTOMOTORA S A CONTINAUTOS S A |                    |             |
| Dirección CL 71B 77A66  | Municipio BOGOTA, D.C.   |                    |             |
| Barrio / vereda   | Departamento BOGOTA D.C  | Sucursal           |             |
| Teléfono 3208227962   | Celular  | Ocupación u oficio |             |
| Correo electrónico hrestrepo@outlook.com  |  |                    |             |

**III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS**

|  |  |                               |
|--|--|-------------------------------|
| 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"/> Cual <input type="checkbox"/> | N.º de documento 39526929                    | Fecha de nacimiento           |
| Primer nombre AMANDA   | Segundo nombre PRAXEDIS                      | Día 18 Mes 1 Año 1961         |
| Primer apellido MONROY   | Segundo apellido PATINO                      |                               |
| Nacionalidad COLOMBIA  | Dirección de residencia CL 71B 77A66         |                               |
| Estado/ciudad de residencia BOGOTA, D.C.   | Barrio / vereda de residencia santa helenita | País de residencia BOGOTA D.C |
| Sexo M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>  | Teléfono 3144048                             | Celular 3144048701            |
| Parentesco 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>  | Correo electrónico ama.pra@hotmail.com       |                               |
| 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"/> Cual <input type="checkbox"/> | N.º de documento 1014296573                  | Fecha de nacimiento           |
| Primer nombre JUAN   | Segundo nombre CAMILO                        | Día 20 Mes 03 Año 1998        |
| Primer apellido RESTREPO   | Segundo apellido MONROY                      |                               |
| Nacionalidad COLOMBIA  | Dirección de residencia CL 71B 77A66         |                               |
| Estado/ciudad de residencia BOGOTA, D.C.   | Barrio / vereda de residencia santa helenita | País de residencia BOGOTA D.C |
| Sexo M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>  | Teléfono 3224661                             | Celular 3224661683            |
| 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"/>  | Correo electrónico hernares@hotmail.com      |                               |

**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"/>  | Ha cotizado más de 130 semanas a las cajas o fondos del sector público SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Subsidiado SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Si marcó Traslado indique Entidad Actual PORVENIR   | Entidad a donde desea trasladarse COLPENSIONES   |  |
| 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 %                                   |
| 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 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 checked="" type="checkbox"/> No <input 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 RPM la he efectuado en forma 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. |  |
| HERNANDO RESTREPO<br>CC. 79117137<br>Documento firmado electrónicamente  | FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE | NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA   | FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA |

"Ven por tu FUTURO"