


# FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES  
2017\_1767681  
17/02/2017 02:32:34 PM  
SUPERCADE CALLE 13  
BOGOTÁ - BOGOTÁ - D.C.  
AFILIACIONES  
IMAGENES: 4  
  
020171767681\*YD

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS	REGIONAL	OFICINA
DEPENDIENTE <input type="radio"/>	INDEPENDIENTE <input checked="" type="radio"/>	Ejecutivo comercial
		Doc. Ejecutivo Comercial

## I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

Tipo de documento <input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/>	N.º de documento <b>70077754</b>	Fecha de nacimiento
Primer apellido <b>Yelez</b>	Segundo apellido <b>Merino</b>	Año <b>1955</b> Mes <b>01</b> Día <b>26</b>
Primer nombre <b>Leonardo</b>	Segundo nombre <b>de Jesus</b>	
Municipio de nacimiento <b>Medellin</b>	Departamento de nacimiento <b>Antioquia</b>	Sexo: M <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/>
Nacionalidad <b>Colombiana</b>	Dirección residencial <b>16H #96A-50 T11 ap 426</b>	Ingreso mensual <b>\$800.000</b>
Municipio de residencia <b>Bogota</b>	Barrio / vereda de residencia <b>Fontibon</b>	Salario integral SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Departamento de residencia <b>Cundinamarca</b>	Teléfono <b>3136603099</b>	Es empleador SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Ocupación u oficio <b>Independiente</b>	Celular <b>3136603099</b>	Alto riesgo SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Correo electrónico <b>agpcorredores@gmail.com</b>	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).	
	NO <input type="radio"/>	

## II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> TI <input type="radio"/>	N.º de documento	DV	Código CIU
NATURALEZA: Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/>	Razón social o nombre		
Dirección	Municipio		
Barrio / vereda	Departamento	Sucursal	
Teléfono	Celular	Correo electrónico	

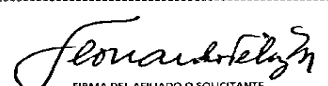

## III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

## IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD	Vinculación inicial <input type="radio"/>	Traslado de régimen <input checked="" type="radio"/>	Traslado de entidad diferente <input type="radio"/>	Vinculación laboral <input type="radio"/>	No contratado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Subsidiado SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Si marcó traslado indique a la administradora de pensiones anterior	<b>Protección</b>			Código		
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuál?	Código	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 e irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes esta tiene suscritos convenios con tal propósito, 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. 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. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES.						

## V. FIRMAS

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	 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"

