

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES
2018-9212694
01/08/2018 02:36:02 PM
SUPERCARDE CALLE 13
BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ, D.C.
AFILIACIONES
IMAGENES:6
020189212694ZKD

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

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

Tipo de documento: CC <input checked="" type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	N.º de documento	70.077.754	Fecha de nacimiento
Primer apellido	Velez	Segundo apellido	Merino
Primer nombre	Leonardo	Segundo nombre	de Jesus
Municipio de nacimiento	Medellin	Departamento de nacimiento	Antioquia
Nacionalidad	Colombiana	Dirección residencia	Cra 89B # 19A-40 T4 ap 204
Municipio de residencia	Bogota	Barrio / vereda de residencia	Capellania
Departamento de residencia	Cundinamarca	Teléfono	3882741
Ocupación u oficio	Independiente	Celular	3136603099
Correo electrónico	aggscoredores@gmail.com	Es empleador	SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
		Alto riesgo	SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
		Salario integral	SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
		Ingreso mensual	\$ 781.242

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento: CC <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	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	
Teléfono		Celular	
		Correo electrónico	

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"/>	N.º de documento	33.365.545	Fecha de nacimiento
Primer apellido	Gonzalez	Segundo apellido	Gordo
Primer nombre	Adriana	Segundo nombre	Esperanza
Nacionalidad	Colombiana	Dirección de residencia	Cra 89B # 19A-40 T4 ap 204
Municipio de residencia	Bogota	Barrio / vereda de residencia	Capellania
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	Departamento de residencia	Cundinamarca
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"/>	Celular	3177712789
		Correo electrónico	aggscoredores@gmail.com
2 Tipo de documento: CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>	N.º de documento		Fecha de nacimiento
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
Nacionalidad		Dirección de residencia	
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia	
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Departamento de residencia	
Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Celular	
		Correo electrónico	

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"/> Vinculación laboral <input type="checkbox"/>	Ha cotizado más de 250 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 a la administradora de pensiones anterior:	Proteccion	Código		Tarifa con la que debe cotizar	%
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Código			

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

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

"Ven por tu FUTURO"

