

# FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES  
2018-4813014  
27/04/2018 03:31:01 PM  
SUPERCADE CALLE 13  
BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ, D.C.  
AFILIACIONES  
IMÁGENES: 6  
0201848130146'0

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	70077754	Fecha de nacimiento	Año	1955	Mes	01	Día	26
Primer apellido	Velez	Segundo apellido	Merino						
Primer nombre	Leonardo	Segundo nombre	de Jesus						
Municipio de nacimiento	Medellin	Departamento de nacimiento	Antioquia	Sexo:	M <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>			
Nacionalidad	Colombiana	Dirección de residencia	Cra 87B # 19A-40 T4 ap. 204	Ingreso mensual	\$ 781.242				
Municipio de residencia	Bogota	Barrio / vereda de residencia	Hajuelos	Salario integral	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>			
Departamento de residencia	Cundinamarca	Teléfono	3882741	Celular	3134603099	Es empleador	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Ocupación u oficio	ventas	Alto riesgo	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>					
Correo electrónico	agpecorredores@gmail.com	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"/>							

## 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	
		Sucursal	

## III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1 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	Año		Mes	Día
Primer apellido		Segundo apellido				
Primer nombre		Segundo nombre				
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"/>					
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	Año		Mes	Día
Primer apellido		Segundo apellido				
Primer nombre		Segundo nombre				
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"/>	Vinculación laboral <input type="checkbox"/>	Ha cotizado más de 150 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			
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones:	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿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	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"

