

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES
2017-7552704
21/07/2017 12:31:04 PM
SUPERCARDE CALLE 13
BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ, D.C.
AFILIACIONES
IMAGENES:7
020177552704-10

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 residencia	calle 16 H No. 96A-50 711 Apt 402	Salario integral	\$ 937.717-
Municipio de residencia	Bogota	Barrio / vereda de residencia	Fontibon	Es empleador	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Departamento de residencia	Cundinamarca	Teléfono	3882741	Alto riesgo	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Ocupación u oficio	Independiente	Celular	3136603099		
Correo electrónico	aggecorredores@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).

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					
Barrio / vereda		Departamento		Municipio	
Teléfono		Celular		Correo electrónico	
				Sucursal	

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

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"/>				

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 la caja 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				
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

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"

