



**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"/> ¿Cuál?	N.º de documento	92.225.790	
Fecha de Expedición: 13031980	Municipio Expedición: TOLU	Departamento Expedición: SUCRE	Sexo M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Primer nombre: EDUARDO	Segundo nombre: FRANCISCO		
Primer apellido: MENDO	Segundo apellido: PUERTA		
Fecha nacimiento: 09021962	Municipio nacimiento: TOLU	Departamento nacimiento: SUCRE	Nacionalidad: COLOMBIANA
Dirección de residencia: CLL15767-51 APTO H-404	Barrio / vereda de residencia: HACIENDA		
Municipio de residencia: CALI	Departamento de residencia: VALLE DEL CAUCA		
Teléfono de residencia: 6023458247	Celular: 3159266366	Salario integral	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ocupación u oficio: MEDICO	Ingreso mensual \$: 4.831.000	Es empleador	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Correo electrónico: EduardMENDO2@hotmail.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).			
Dirección de ubicación laboral: K2938Bist+5B2-04	Barrio/vereda de ubicación laboral:		
Municipio de ubicación laboral: CALI	Departamento de ubicación laboral: VALLE DEL CAUCA	Teléfono laboral:	3821000

**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"/> ¿Cuál?	N.º de documento	890307200	
Naturaleza: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input checked="" type="checkbox"/>	Razón social o nombre: IMBANACO		
Dirección: K2938Bist+5B2-04	Municipio: CALI		
Barrio / vereda: CENTRO	Departamento: VALLE DEL CAUCA	Sucursal:	
Teléfono: 3821000	Celular:	Ocupación u oficio: MEDICO	
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"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	N.º de documento	33.238.687	
Primer nombre: LOTA	Segundo nombre: ESTHER	Fecha de nacimiento: 04 Mes 07 Año 1974	
Primer apellido: RODRIGUEZ	Segundo apellido: AMELL		
Nacionalidad: COLOMBIANA	Dirección de residencia: CALLE 15767-51 APTO H-404		
Municipio de residencia: CALI	Barrio / vereda de residencia: HACIENDA	Departamento de residencia: VALLE DEL CAUCA	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	Teléfono:	Celular: 3114644624	Correo electrónico: Lotdaamelks@gmail.com
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"/>	ES POSA		
2. 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"/> ¿Cuál?	N.º de documento	23.211.297	
Primer nombre: ANA	Segundo nombre: YOLANDA	Fecha de nacimiento: 03 Mes 03 Año 1937	
Primer apellido: PUERTA	Segundo apellido: GOMEZ		
Nacionalidad: COLOMBIANA	Dirección de residencia: CALLE 13713-04		
Municipio de residencia:	Barrio / vereda de residencia:	Departamento de residencia:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	Teléfono:	Celular: 3126580127	Correo electrónico: andrescastro.d@hotmail.com
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"/>	MADRE		

**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 150 semanas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Subsidiado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Si marcó Traslado indique: Entidad Actual: PORNENIR	Entidad a donde desea trasladarse: COLPENSIONES	
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?		
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 actuar 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 datos 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 de Afiliación he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido a COLPENSIONES y que manifiesto mis aportes personales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verídicos.	DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL EMPLEADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE ME HA SIDO SUMINISTRADOS.
Firma del Afiliado o Solicitante:	Firma del Representante Legal o Persona Autorizada:
Centro Médico Imbanaco de Cali s.a.	Centro Médico Imbanaco de Cali s.a.
GESTIÓN HUMANA	GESTIÓN HUMANA
VEN POR TU FUTURO	VEN POR TU FUTURO