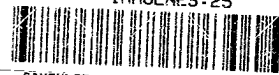


FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES - 2022-17162049
21/11/2022 04:27:32 PM

PRADO
BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ D.C.
AFILIACIONES
IMAGENES:25



CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL

Ejecutivo comercial

OFICINA

Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE ☐

INDEPENDIENTE ☒

Tipo de documento: CC ☒ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRINTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Fecha de Expedición 07091979

Municipio Expedición Bogotá D.C.

N.º de documento 19.442.620

Primer nombre Rafael

Segundo nombre Alberto

Primer apellido Naranjo

Segundo apellido Nassa

Fecha nacimiento 19041961

Municipio nacimiento Bogotá D.C.

Departamento nacimiento Condinamarca

Dirección de residencia cr 14 # 152-79 casa 2

Barrio / vereda de residencia Cedritos

Municipio de residencia Bogotá D.C.

Departamento de residencia Condinamarca

Teléfono de residencia

Celular 3004912659

Ocupación u oficio Docente

Ingreso mensual \$ 4.000.000

Correo electrónico

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 cr 14 # 152-79 casa 2

Municipio de ubicación laboral Bogotá D.C.

Barrio / vereda de ubicación laboral Cedritos

Teléfono laboral 3004912659

II. DATOS DE EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento: NIT ☐ CC ☐ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Naturaleza: Pública ☐ Privada ☐ Razón social o nombre

N.º de documento

Dirección

Barrio / vereda

Departamento

Municipio

Teléfono

Celular

Sucursal

Correo electrónico

Ocupación u oficio

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1. Tipo de documento: CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

N.º de documento

Primer nombre

Segundo nombre

Fecha de nacimiento

Primer apellido

Segundo apellido

Día Mes Año

Nacionalidad

Dirección de residencia

Municipio de residencia

Barrio / vereda de residencia

Departamento de residencia

Sexo

M ☐ F ☐

Teléfono

Celular

Correo electrónico

Parentesco

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

2. Tipo de documento: CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

N.º de documento

Primer nombre

Segundo nombre

Fecha de nacimiento

Primer apellido

Segundo apellido

Día Mes Año

Nacionalidad

Dirección de residencia

Municipio de residencia

Barrio / vereda de residencia

Departamento de residencia

Sexo

M ☐ F ☐

Teléfono

Celular

Correo electrónico

Parentesco

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD Vinculación inicial ☐ Traslado de régimen ☒ Traslado de entidad diferente ☐ Traslado por Pensión Familiar ☐

Si marcó Traslado indique: Entidad Actual Calfondos

Entidad a donde desea trasladarse Colpensiones

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones

Si ☐ No ☒ ¿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 efectuar 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 riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. Si ☐ No ☒

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 ☐ No ☒

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. Si ☐ No ☒

Tarifa con la que debe cotizar %

V. FIRMAS

Hago constar que la selección de Régimen R.E.M. la 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 para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

Requiere que usted disponga de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

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

HUELLA AFILIADO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"

