

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA
GENERAL DE PENSIONES**

COLPENSIONES
2022 2311144
22/02/2022 12:39:20 p. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01



2022311144

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL	OFICINA
Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input checked="" 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"/> Cual <input type="checkbox"/>	N.º de documento 40384040		
Fecha de Expedición 28 11 1986	Municipio Expedición	Departamento Expedición	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Primer nombre DIANA	Segundo nombre CRISTINA		
Primer apellido LOZANO	Segundo apellido CAMARGO		
Fecha nacimiento 12 03 1968	Municipio nacimiento OROQUE	Departamento nacimiento CASANARE	Nacionalidad COLOMBIA
Dirección de residencia CONJUNTO MONTESOL CS 3 CL 17 57N		Barrio / vereda de residencia La arboleda	
Estado/Ciudad de residencia POPAYAN		País de residencia CAUCA	
Teléfono de residencia		Celular 3165404557	Salario integral SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Ocupación u oficio Profesores de educación secundaria		Ingreso mensual \$ 4,408,000	Es empleador SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Correo electrónico DIANALOZANO1627@GMAIL.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). SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Dirección de ubicación laboral		Barrio/ vereda de ubicación laboral	
Municipio de ubicación laboral		Departamento de ubicación laboral	
		Teléfono laboral	

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento NIT <input 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"/> Cual <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	Sucursal
Teléfono	Celular	Ocupación u oficio	
Correo electrónico			

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"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	N.º de documento	Fecha de nacimiento
Primer nombre	Segundo nombre	Día D D Mes M M Año A A A A
Primer apellido	Segundo apellido	
Nacionalidad	Dirección de residencia	
Estado/ciudad de residencia	Barrio / vereda de residencia	País de residencia
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono	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"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="checkbox"/>	N.º de documento	Fecha de nacimiento
Primer nombre	Segundo nombre	Día D D Mes M M Año A A A A
Primer apellido	Segundo apellido	
Nacionalidad	Dirección de residencia	
Estado/ciudad de residencia	Barrio / vereda de residencia	País de residencia
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono	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"/> Traslado por Pensión Familiar <input type="checkbox"/>	Ha cotizado más de 130 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 Entidad Actual PORVENIR	Entidad a donde desea trasladarse COLPENSIONES	
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones SI <input type="checkbox"/> No <input 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 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 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 RPM la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a COLPENSIONES, para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos."		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.	
DIANA CRISTINA LOZANO CAMARGO CC. 40384040 Documento firmado electrónicamente	HUELLA AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"