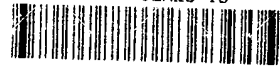


FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA  
GENERAL DE PENSIONESCOLPENSIONES - 2022-16604909  
11/11/2022 10:08:03 AM  
TEUSAQUILLO  
BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ, D.C.  
AFILIACIONES  
IMAGENES:15CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN  
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

## 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 51687449	
Fecha de Expedición 30/08/1981		Municipio Expedición BOGOTÁ D.C.	Departamento Expedición BOGOTÁ D.C.
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>			
Primer nombre DORIS		Segundo nombre PATRICIA	
Primer apellido DUARTE		Segundo apellido CHAPARRO	
Fecha nacimiento 14/06/1963		Municipio nacimiento BUCARAMANGA	Departamento nacimiento SANTANDER
Nacionalidad COLOMBIANA			
Dirección de residencia OIKOS SAVANNA - CS MONTERREY CASA 86B		Barrio / vereda de residencia VEREDA CALAHORRA	
Municipio de residencia CASICA		Departamento de residencia CUNDINAMARCA	
Teléfono de residencia N/A		Celular 315 833 0049	Salario integral Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Ocupación u oficio SECRETARIA BILINGUE		Ingreso mensual \$ 6.271.657	Es empleador Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Correo electrónico CHAPARRO46@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 a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil).			
Dirección de ubicación laboral CALLE 72 # 10 - 07 PISO 7		Barrio / vereda de ubicación laboral QUINTA CAMACHO	
Municipio de ubicación laboral BOGOTÁ D.C.		Departamento de ubicación laboral BOGOTÁ D.C.	Teléfono laboral 601-3103300

## 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 860039988	DV 0	Código CIU 6511
Naturaleza: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input checked="" type="checkbox"/>		Razón social o nombre LIBERTY SEGUROS S.A.		
Dirección CALLE 72 # 10 - 07 PISO 7		Municipio BOGOTÁ D.C.		
Barrio / vereda QUINTA CAMACHO		Departamento BOGOTÁ D.C.	Sucursal N/A	
Teléfono 3103300		Celular N/A	Ocupación u oficio ASEGURADORA	
Correo electrónico CO-NOTIFICACIONES JUDICIALES@LIBERTYCOLOMBIA.COM				

## III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

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 396689	Fecha de nacimiento
Primer nombre GUILLERMO		Segundo nombre	Día 05 Mes 01 Año 1955
Primer apellido SANCHEZ		Segundo apellido PEREZ	
Nacionalidad COLOMBIANO		Dirección de residencia OIKOS SAVANNA - CS MONTERREY CASA 86B	
Municipio de residencia CASICA		Barrio / vereda de residencia CALAHORRA	
Sexo M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Teléfono N/A	Celular 317-5115053
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"/>		Correo electrónico ORGANIZACION 6SP@HOTMAIL.COM	
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 1004915850	Fecha de nacimiento
Primer nombre SOFIA		Segundo nombre	Día 28 Mes 12 Año 2002
Primer apellido SANCHEZ		Segundo apellido DUARTE	
Nacionalidad COLOMBIANA		Dirección de residencia OIKOS SAVANNA - CS MONTERREY CASA 86B	
Municipio de residencia CASICA		Barrio / vereda de residencia CALAHORRA	
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		Teléfono N/A	Celular 3125061474
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"/>		Correo electrónico SOFIDPC@GMAIL.COM	

## IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE MOVIEDAD 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 a las cajas o fondos del sector público Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Subsidiado Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Si marcó Traslado indique: Entidad Actual SKANDIA				Entidad a donde desea trasladarse COLPENSIONES	
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?				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 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 ☒ 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 ☐

## V. FIRMAS

Hago constar que la selección de Régimen RPM 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 COLPENSIONES 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.	
		Marco A. Arenas P.	
FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	FIRMA DEL AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"

cadena