

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

51687449

NUMERO

DUARTE CHAPARRO

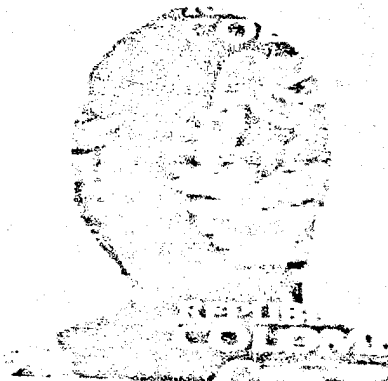
APELLIDOS

DORIS PATRICIA

NOMBRES

*[Handwritten signature]*

FIRMA



NOICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO  
BUCARAMANGA  
(SANTANDER)

14-JUN-1963

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69

ESTATURA

A+

G.S. RH

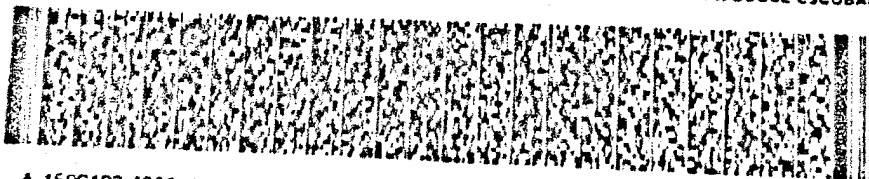
F

SEXO

30-AGO-1981 SANTAFE DE BOGOTA DC

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Handwritten signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500102-42081215-F-0051687449-20000908

0875400200A 02 090251033

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

COLPENSIONES - 2022\_16604909  
11/11/2022 10:08:03 AM  
TEUSAQUILLO  
BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ, D.C.  
AFILIACIONES  
IMAGENES:15



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

**ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA**

REGIONAL

Ejecutivo comercial

OFICINA

Doc. Ejecutivo comercial

**II. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE**

DEPENDIENTE ☒ INDEPENDIENTE ☐

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

FAVOR DECLARAR EN ESTE ESPACIO LA NATURALEZA Y RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD

N.º de documento 51687449

Fecha de Expedición 30 08 1981

Municipio Expedición BOGOTÁ D.C.

Departamento Expedición BOGOTÁ D.C.

Sexo ☒ M ☐ F

Primer nombre DORIS

Primer apellido DUARTE

Segundo nombre PATRICIA

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 ☒ No

Ocupación u oficio SECRETARIA BILINGUE

Ingreso mensual \$ 6.271.657

Es empleador ☐ Si ☒ No

Correo electrónico CHAPADU46@GMAIL.COM

Año riesgo ☐ Si ☒ No

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRONICOS: El afiliado/usuario acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe por correo electrónico, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites, a los teléfonos a través de mensajes y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensajes móviles). ☒ Si ☐ No

Dirección de ubicación laboral CALLE 72 # 10 - 07 PISO 7

Barrio / vereda de ubicación laboral QUINTA CANACHO

Municipio de ubicación laboral BOGOTÁ D.C.

Departamento de ubicación laboral BOGOTÁ D.C.

Teléfono laboral 601-3103300

**III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA**

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

N.º de documento 860039988

CV O Código CFI 6511

Naturaleza Pública ☐ Privada ☒ Razón social o nombre

LIBERTY SEGUROS S.A.

Dirección CALLE 72 # 10 - 07 PISO 7

Municipio BOGOTÁ D.C.

Barrio / vereda QUINTA CANACHO

Departamento BOGOTÁ D.C.

Sucursal N/A

Teléfono 3103300

Celular N/A

Ocupación u oficio ASEGURADORA

Correo electrónico CO-NOTIFICACIONESJUDICIALES@LIBERTYCOLOMBIA.COM

**III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Tipo de documento ☒ CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿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

Departamento de residencia CUNDINAMARCA

Sexo ☒ M ☐ F

Teléfono N/A

Celular 317 511 5053

Correo electrónico ORGANIZACIONESP@HOTMAIL.COM

Parentesco 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Tipo de documento ☒ CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿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

Departamento de residencia CUNDINAMARCA

Sexo ☒ M ☐ F

Teléfono N/A

Celular 312 506 1474

Correo electrónico SOFIDPC@GMAIL.COM

Parentesco 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐ 6 ☐

**IV. AFILIACIÓN A PENSIONES**

Tipo de AFILOCIÓN Vinculación inicial ☐ Traslado de régimen ☒ Traslado de entidad diferente ☐ Traslado por Pensión Familiar ☐

No sustrato más de 153 semanas ☐ Si ☒ No ☐ Subsidio ☐ Si ☒ No ☐

Si marco Traslado Indique: Entidad Actual SKANDIA

Entidad a donde desea trasladarse COLPENSIONES

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones ☐ Si ☒ No ☐ ¿Cuál?

Tarifa con la que debe cotizar %

1. AUTORIZACIÓN PARA LA RECOPILACIÓN, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/usuario 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 recopilación y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los ingresos, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, modificación y uso en cualquier momento en las centrales de datos y en aquellas entidades privadas y públicas que logren información del afiliado/usuario para realizar los trámites que se relacionan a las prestaciones, bienes y servicios de las pensiones contempladas del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. ☒ Si ☐ No

2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/usuario acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, directamente o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/usuario en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades o personas pertinentes. ☒ Si ☐ No

3. La información obtenida solo será usada para efectos de la prestación de los servicios 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 estado COLPENSIONES que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS AFILIADOS DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LES QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE

SELLO DE LA ENTIDAD

Marco A. Arenas P.  
FIRMA Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"

cadena