



Bogotá, June 12, 2017

Señor (a)

DIEGO MANUEL RODRIGUEZ DUARTE

CRA 89 19A 80 SUR

BOGOTA D.C.

REF: AJUSTE CUENTA INDIVIDUAL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS

Afiliación No. 700002011052

Respetada señor(a)

Reciba un cordial saludo de Old Mutual Pensiones y Cesantías S.A.

Para nosotros es prioridad mantenerlo informado sobre sus inversiones, por esta razón le comunicamos los eventos que han ocurrido en su cuenta de Old Mutual Fondo de Pensiones Obligatorias:

- La administradora PROTECCION, mediante una cuenta de cobro con fecha 20170526, solicito a Old Mutual la devolución de algunos aportes que fueron acreditados de forma errada en su cuenta individual, en el momento en el que usted se encontraba vinculado con dicha entidad.
- Dando respuesta a la solicitud le informamos que se realizó el débito de su cuenta individual de ahorro pensional, por la suma de \$ 10,349.00.
- Los soportes del ajuste efectuado, se encuentran a su disposición. En caso de ser requeridos serán solicitados a la Administradora que generó la solicitud de ajuste, en un tiempo máximo de 15 días hábiles una vez recibida esta comunicación.

Observaciones: el proceso de ajuste se realizó teniendo en cuenta la instrucción impartida por la Superintendencia Financiera, mediante el oficio con número de radicación 2007076331 del 19 de diciembre de 2007, según el cual "Este Despacho reitera que las administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías están no sólo facultadas sino también obligadas a realizar los ajustes a que hubiere lugar con el propósito de corregir los errores que pudieron haberse presentado en la acreditación de recursos en las cuentas de ahorro individual por ellas administradas, y que dieron lugar a la configuración de enriquecimiento sin causa."

Si requiere información adicional, lo invitamos a comunicarse con nuestro equipo de servicio al cliente al número 6584000 en Bogotá y a nivel nacional al 01 8000 517526, o escribanos a cliente@oldmutual.com.co.

Atentamente,

Walter Valenzuela Calderon
Director de Servicio al Cliente
Old Mutual Pensiones y Cesantías S.A.

OLDMUTUAL

Nº 727607

NÚMERO DE AFILIACIÓN

201105

20105 AIS

Protection

Ciudad	Departamento	Fecha Afiliación	Fecha Efectiva	Fecha Primer Aporte	Nº CONTROL
BOGOTÁ	Cundinamarca	22/12/2015	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	

IDENTIFICACION NÚMERO 19492838		LUGAR DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ		CIUDAD Condinam		FECHA DE EXPEDICIÓN 30/01/1981		TIPO DE DOCUMENTO ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT (PERSONA NATURAL)	
PRIMER NOMBRE DIEGO		SEGUNDO NOMBRE MANUEL		PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ		SEGUNDO APELLIDO DUAETE			
FECHA DE NACIMIENTO 02/12/1962		CIUDAD BOGOTÁ		DEPARTAMENTO CONDINAMARCA		PAÍS COLOMBIA		RESIDENTE COLOMBIANO ☒ SI ☐ NO	
ESTADO CIVIL ACTUAL ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☒ Unión Libre ☐ Viudo ☐ Divorciado		NÚMERO DE HIJOS 3		NÚMERO DE PERSONAS A CARGO 03		GÉNERO ☐ F ☒ M		NIVEL DE ESTUDIOS ☐ BACHILLER ☒ PREGRADO ☐ POSTGRADO	
DIRECCIÓN RESIDENCIA Cra 89 N° 19 A 80 SUR		BARRIO CAPULLONIA		CIUDAD BOGOTÁ		PROFESIÓN CONTADOR			
DEPARTAMENTO CONDINAMARCA		TELÉFONO RESIDENCIA 7708735		CELULAR 3123200836		CORREO ELECTRÓNICO Yogui-006@yahoo.com			
MODO DE CORRESPONDENCIA ☒ ELECTRÓNICO ☐ NO ENVIAR ☐ RESIDENCIA ☐ EMPRESA		ENVÍO DE EXTRACTOS: ☐ CONSULTA ELECTRÓNICA ☐ NO ENVIAR ☐ FÍSICO		DESEA RECIBIR INFORMACIÓN COMERCIAL OLD MUTUAL ☐ SI ☒ NO					
INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMÍA DEL SOLICITANTE		ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL 0010		SECTOR Empleado					
CÓDIGO CIUJ (ACORDE CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO INTERNACIONAL CIUJ)		(Si el cliente es menor de edad, la información solicitada a continuación debe ser del tutor para gestión de contratos con OLD MUTUAL)							
OCUPACIÓN: ☒ Empleado ☐ Independiente ☐ Empresario/Socio ☐ Pensionado ☐ Rentista ☐ Otra		Cuál?		FIGURA PÚBLICA ☐ SI ☒ NO					
PENSIONADO TEMPORAL (LEY 797/03 ART. 13 LITERAL B) SI ☐ NO ☒		¿HA COTIZADO MÁS DE 150 SEMANAS EN EL SEGURO SOCIAL, EN ALGUNA CAJA O FONDO?		SI ☒ NO ☐		EN QUÉ ENTIDAD EFECTUÓ LA COTIZACIÓN? ISS 26A77-1F19626			

TIPO DE TRABAJADOR ☒ DEPENDIENTE ☐ INDEPENDIENTE OBLIGATORIO ☐ MIXTO ☐ SUBSIDIADO ☐ INDEPENDIENTE VOLUNTARIO					CARGO EN LA EMPRESA PROF. ESPEC 22207 NOTA: SI ES INDEPENDIENTE DEBE DILIGENCIAR LOS CAMPOS MENCIONADOS				
FECHA DE INGRESO 17/07/1996		SALARIO INTEGRAL ☐ SI ☒ NO		INGRESO MENSUAL \$ 4'914 076.		IBC \$		EGRESOS MENSUALES \$	

RAZÓN SOCIAL CONTRALORIA DE BOGOTÁ		TIPO DE IDENTIFICACIÓN ☐ C.C. ☐ C.E. ☒ NIT ☐ OTROS CUÁL?		NIT 800245133	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA CONTACTO DE LA EMPRESA (NOMINA)					
DIRECCIÓN PRINCIPAL Cra 32 No 26 - A 10		BARRIO Acevedo Tgaya		CIUDAD BOGOTÁ	
DIRECCIÓN ADICIONAL		BARRIO		CIUDAD	
TELÉFONO 1 3388888		EXTENSIÓN 1		FAX 2	
CORREO ELECTRÓNICO (Dirección electrónica para envío de extractos)		ENVÍO DE CORRESPONDENCIA ☐ ELECTRÓNICO ☐ DIRECCIÓN PRINCIPAL ☐ NO ENVIAR ☐ DIRECCIÓN ADICIONAL		ENVÍO DE EXTRACTOS / INFORMES: ☐ ELECTRÓNICO ☐ NO ENVIAR ☐ FÍSICO	
DESEA RECIBIR INFORMACIÓN COMERCIAL DE OLD MUTUAL ☐ SI ☐ NO		TIPO DE EMPRESA ☒ PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐ OTRA CUÁL?		Nº EMPLEADOS	
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL		SECTOR		Nº EJECUTIVOS (PRESIDENTES, VICEPRESIDENTE Y GERENTES)	
CÓDIGO CIIU (ACORDE CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO INTERNACIONAL CIIU)					

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO							NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO		PARENTESCO (VER TABLA)	
	C.C.	TL	CE	RC	PAS.	C.MRE.	M		F	AA	MM	DD		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐		Los	de	ley	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐					☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐					☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐					☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐	☐					☐	☐		

TABLA DE PARENTESCO	1= CÓNYUGE	2= COMPAÑERO PERMANENTE	3= PADRE	4= HIJO	5= HIJO INVÁLIDO	6= HERMANO INVÁLIDO
LOS BENEFICIARIOS ANTERIORMENTE RELACIONADOS SERÁN VERIFICADOS DE ACUERDO CON LAS NORMAS LEGALES VIGENTES.						

TOTAL ACTIVOS (\$) COP		REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? ☐ SI ☒ NO	
TOTAL PASIVOS (\$) COP		TIPO DE OPERACIÓN: _____ TIPO DE PRODUCTO: _____	
		IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO: _____	
		ENTIDAD: _____ MONT	
		CIUDAD Y PAÍS _____ MONEDA _____	

OLDMUTUAL CORRESPONDENCIA REC
SUJETO A VERIFICACION

LOS DINEROS QUE SE VAN A APORTAR PROVIENEN DE LA		CUÁL?
ACTIVIDAD RELACIONADA ANTERIORMENTE? ☒ SI ☐ NO		
DETALLE DE OTROS INGRESOS ORIGINADOS EN ACTIVIDADES DIFERENTES A LA PRINCIPAL:		

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		NIT	DIRECCIÓN	
CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELÉFONO	SECTOR	CAPITAL VINCULADO (\$) COP

7. FIRMA DEL EMPLEADOR NOMBRE PERSONA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR FIRMA PERSONA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR C.C. _____ DE _____		8. AGENCIA COMERCIAL NOMBRE / RAZÓN SOCIAL <i>Ipada Consultoría de Gestión y Seguros</i> NOMBRE FINANCIER PLANNER DE LA AGENCIA COMERCIAL Y/O ASESOR PENSIONAL FROM <i>Georgina Nubia</i> 1284	
--	--	--	--

De acuerdo con el decreto 692/94, art 11, hago constar que la selección del régimen de ahorro individual con solidaridad la he efectuado en forma libre, espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a Old Mutual Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. para que administre mis recursos y asimismo autorizo a esta institución con verederos. Manifiesto que he elegido a Old Mutual Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. para que tramite a mi nombre la emisión de mi bono pensional. Declaro que he sido asesorado sobre las implicaciones del régimen de transición así mismo conozco que dispongo de (5) días hábiles a partir del diligenciamiento de esta solicitud, para retractarme de la afiliación. Me comprometo a entregar información veraz y verificable y actualizar a como mínimo anualmente la información registrada. Autorizo reportar, solicitar y divulgar a la Central de Información del Sector Financiero CIFI que administra la Asociación Bancaria de Entidades financieras de Colombia, o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismo fines, toda información referente a mi comportamiento como cliente de Old Mutual. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi comportamiento frente al sector financiero y en general al cumplimiento de mis obligaciones. En relación con el origen de fondos, declaro a Old Mutual que los recursos que entré en depósito provienen de las fuentes mencionadas y no de ninguna actividad ilícita; no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a dichas actividades.

1949283304

C.C.

11. HUELLA

C.C.
DE

INSTRUCCIONES

SOLICITUD DE VINCULACIÓN:

MARQUE CON UNA EQUIS (X) AFILIACIÓN NUEVA SI SE TRATA DE LA PRIMERA VEZ QUE LA PERSONA INGRESA COMO AFILIADO A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES.

EN CASO DE UN TRASLADO DE ENTIDAD ADMINISTRADORA ASÍ COMO DE TRASLADO DE RÉGIMEN, DEBERÁ INDICARSE LA AFP O ENTIDAD ADMINISTRADORA ANTERIOR, SEGÚN CORRESPONDA.

FECHA DE AFILIACIÓN RAI: DILIGENCIE EN ESTE CAMPO LA FECHA DE LA PRIMERA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL.

1. INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

INFORMACIÓN SOBRE EL AFILIADO EN LA CUAL TIENE ESPECIAL IMPORTANCIA, EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN, NOMBRES Y APELLIDOS, FECHA DE NACIMIENTO E INGRESO A LA EMPRESA Y ESTADO CIVIL. INCLUYA LOS DATOS DE DIRECCIÓN Y CORREO ELECTRÓNICO Y EL MEDIO POR EL CUAL SERÁ CONSULTADA LA INFORMACIÓN GENERADA POR OLD MUTUAL.

2. INFORMACIÓN VÍNCULO LABORAL ACTUAL:

INFORMACIÓN COMO EL TIPO DE TRABAJADOR Y CARGO EN LA EMPRESA, FECHA DE INGRESO, TIPO DE SALARIO E INGRESO MENSUAL.

3. DATOS DEL EMPLEADOR:

DETALLE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL EMPLEADOR COMO RAZÓN SOCIAL, NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA CONTACTO, DIRECCIONES, TELÉFONOS DE LA EMPRESA. ES IMPORTANTE REGISTRAR CORREO ELECTRÓNICO EMPRESARIAL.

4. REGISTRO DE LOS BENEFICIARIOS:

EN ESTE RECUADRO SE RELACIONAN LOS BENEFICIARIOS DEL TRABAJADOR, INDICANDO APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS, SEXO, TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y NÚMERO, FECHA DE NACIMIENTO (AÑO, MES, DÍA), Y EL CÓDIGO DE PARENTESCO, SEGÚN CORRESPONDA.

5. INFORMACIÓN FINANCIERA:

DILIGENCIE EL TOTAL DE ACTIVOS Y PASIVOS EN PESOS COLOMBIANOS Y ESPECIFIQUE SI REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA.

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS PARA APORTES VOLUNTARIOS:

DEBE DESCRIBIR EL ORIGEN Y/O PROCEDENCIA DE LOS FONDOS A INVERTIR EN ESTE CONTRATO, ATENDIENDO LOS ARTÍCULOS 102 Y 107 DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO Y LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA 007 DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

ASÍ MISMO DECLARO A OLD MUTUAL PENSIONES Y CESANTÍAS QUE LOS RECURSOS QUE ENTREGARÉ EN DEPÓSITO PROVIENEN DE LAS FUENTES MENCIONADAS Y NO DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA; NO ADMITIRÉ QUE TERCEROS EFECTÚEN DEPÓSITOS EN MI CUENTA CON FONDOS PROVENIENTES DE ACTIVIDADES ILÍCITAS NI EFECTUARÉ TRANSACCIONES DESTINADAS A FINANCIAR DICHAS ACTIVIDADES.

7. DILIGENCIE SI ES PERSONA INDEPENDIENTE O SOCIO

SOLO DILIGENCIE ESTA INFORMACIÓN SI EL AFILIADO ES INDEPENDIENTE O SOCIO.

8. FIRMA DEL EMPLEADOR:

DEBE COLOCARSE EL NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR, LA FIRMA Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD.

9. AGENCIA COMERCIAL:

DEBE COLOCARSE EL NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA AGENCIA COMERCIAL, NOMBRES Y APELLIDOS DEL AP Y/O FP Y EL PROM (CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL A.P Y/O F.P.).

10. FIRMA DEL AFILIADO Y VOLUNTAD DE AFILIACIÓN

ESTE FORMULARIO DE AFILIACIÓN NO PODRÁ SER TRAMITADO SI NO ESTÁ FIRMADO POR EL AFILIADO O NO SE ANEXA LA COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN.

11. HUELLA: EL CLIENTE DEBE TERMINAR DE ACEPTAR SU AFILIACIÓN COLOCANDO LA HUELLA.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.492.838
RODRIGUEZ DUARTE

APELLIDOS
DIEGO MANUEL

NOMBRES


FIRMA



OLDMUTUAL CORRESPONDENCIA REC
SUJETO A VERIFICACION


00284788 AFILIACIONES Y TRA
FEC:2015/12/23 HOR:04:26:30 P
ANEXO AFILIACION CEDULA



INDICE DERECHO

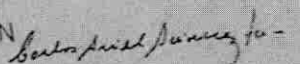
FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1962
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

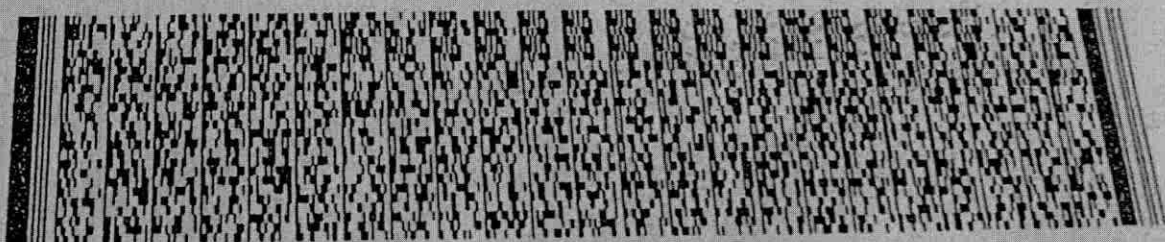
1.65
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

30-ENE-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00129631-M-0019492838-20081119

0006352411A 1

1240028764

Historia Laboral para el Proceso de Reclamación del Bono Pensional



Diligencie todas las casillas sin omitir ninguna en letra imprenta, tinta negra, sin tachones ni enmendaduras.

Contrato No.	
Ciudad	Fecha de Diligenciamiento: 22 12 2015 Día Mes Año

1. Diligencie la información de sus datos personales en letra imprenta y mayúscula.

Nombres	DIEGO MANUEL		
Apellidos	RODRIGUEZ DUARTE		
Tipo y Número de Identificación	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ RC ☐ Pasaporte ☐		
	NIT (Persona Natural) ☐ Carnet de Ministerio de Relaciones Exteriores ☐	No.	

2. Diligencie la siguiente información sobre el Bono Pensional

Tiene derecho a Bono Pensional? Si ☒ No ☐ No tengo derecho a Bono Pensional porque no cotice como mínimo 150 semanas al I.S.S. o cajas, ni poseo vinculación laboral anterior a la fecha de mi traslado al primer fondo privado de pensiones.

3. Diligencie la siguiente información si tiene derecho a Bono Pensional

Tiene Bono Pensional Emitido?	Si ☒ No ☐
Nombre de la Administradora de Fondos de Pensiones que realizó el trámite:	

4. Diligencie la siguiente información si tiene derecho a Bono Pensional y no ha sido emitido

Nota: Este punto puede ser diligenciado al momento de la afiliación o en una cita posterior establecida con su Financial Planner en un formato nuevo.

Salario Base al 30 de Junio de 1992 ó Último anterior: \$

HISTORIA I.S.S.

EMPLEADOR	CIUDAD	No. Patronal antes de 1994	No. Afiliación I.S.S. Antes de 1994	Fecha Inicial (AAAA/MM)	Fecha Final (AAAA/MM)

HISTORIA No. I.S.S.

EMPLEADOR	CIUDAD	CARGO	Nombre Caja o Fondo (Donde realizó los aportes)	Fecha Inicial (AAAA/MM)	Fecha Final (AAAA/MM)

OLDMUTUAL CORRESPONDENCIA REC
SUJETO A VERIFICACION



00284794 AFILIACIONES Y TRA
FEC:2015/12/23 HOR:04:27:14 P
ANEXO AFILIACION HISTORIA LAB

Firma

[Firma manuscrita]
19492838Bta



Autorización para el Tratamiento de Información



Old Mutual Pensiones y Cesantías S.A., Old Mutual Seguros de Vida S.A., Old Mutual Fiduciaria S.A., Old Mutual Holding de Colombia S.A. y Old Mutual Valores S.A. Sociedad Comisionista de Bolsa, en lo sucesivo "Old Mutual", actuarán como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y han puesto a mi disposición la línea de atención nacional 01 8000 517 526, el correo electrónico cliente@oldmutual.com.co y las oficinas de atención al cliente a nivel nacional, cuya información puedo consultar en www.oldmutual.com.co, disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización; (ii) Mis datos serán tratados para fines contractuales, comerciales, de atención al cliente y marketing; (iii) Mis derechos como titular del dato son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal; así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. Estos los puedo ejercer a través de los canales dispuestos por Old Mutual para la atención al público y observando la Política de Tratamiento de Información de Old Mutual disponible en www.oldmutual.com.co/protecciondedatos/politica de tratamiento de información; (iv) Es voluntario responder preguntas que eventualmente me sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, y que éstos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a Old Mutual y a quien le sean cedidos los derechos, para tratar mis datos personales, con finalidad principal de contratación, ejecución y comercialización de los bienes y servicios del Responsable del Tratamiento, así como el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales.

Old Mutual podrá usar mi información para los siguientes fines: (i) Efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo de la etapa precontractual, contractual y pos contractual con Old Mutual, respecto de cualquiera de los productos ofrecidos por ella que haya o no adquirido o, respecto de cualquier relación comercial subyacente que tenga con ella, así como dar cumplimiento a la ley colombiana o extranjera y las órdenes de autoridades judiciales o administrativas; (ii) Realizar invitaciones a eventos, mejorar productos y servicios u ofertar nuevos productos, y todas aquellas actividades asociadas a la relación comercial o vínculo existente con Old Mutual, o aquel que llegare a tener; (iii) gestionar trámites (solicitudes, quejas, reclamos), realizar análisis de riesgo, efectuar encuestas de satisfacción respecto de los bienes y servicios de Old Mutual o empresas vinculadas al grupo Old Mutual, así como a los aliados comerciales de Old Mutual; (iv) suministrar información de contacto y documentos pertinentes a la fuerza comercial y/o red de distribución, telemarketing, investigación de mercados y cualquier tercero con el cual Old Mutual posea un vínculo contractual de cualquier índole; (v) dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro del grupo Old Mutual, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube. Para todo lo anterior otorgo mi autorización expresa e inequívoca; (vi) Suministrar a las asociaciones gremiales y a los sistemas manejados por éstas, tales como, entre otros, ASOFONDOS, FASECOLDA, SIAFP, los datos personales necesarios para la realización de estudios y en general la administración de sistemas de información del sector correspondiente; (vii) Conocer mis datos que reposen en operadores de bancos de datos de información financiera de que trata la Ley 1266 de 2008 o las normas que la modifiquen o sustituyan y proporcionarles mi información a los mismos; (viii) Acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública (como entre otros, los Ministerios, los Departamentos, Administrativos, la DIAN, la Fiscalía, Registraduría Nacional del Estado Civil, Juzgados, tribunales y altas Cortes) ya sea nacional, internacional o extranjera; (ix) Consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, Old Mutual pueda acceder a la información sobre mi estado de salud y a mi historia clínica; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a Old Mutual copia de toda la información que sea requerida. (x) Transferir o transmitir a las compañías Old Mutual Holding de Colombia S.A., Old Mutual Consulting Services S.A miembros del grupo financiero Old Mutual o cualquier matriz o filial, en calidad de encargados o a terceros en virtud de un contrato (xi) crear bases de datos para los fines descritos en la presente autorización.

Otorgo mi consentimiento a Old Mutual para tratar mi información personal, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, y por tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: www.oldmutual.com.co/protecciondedatos. Autorizo a Old Mutual a modificar o actualizar su contenido, a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o productos, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía, y/o correo electrónico.

La información del formato del cual forma parte la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

*Son datos sensibles, aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

Firma

OLDMUTUAL CORRESPONDENCIA REC
SUJETO A VERIFICACION



00284797 AFILIACIONES Y TRA
FEC:2015/12/23 HOR:04:27:54 P
ANEXO AFILIACION AUTORIZACION

Firma

Nombre
Identificación
Fecha

Diego Manuel Rodríguez
19492 838
22-12/15

Huella Índice Derecho
(Dato Sensible)

FOR-0116
201408

SKNNEIRAH01 USUARIO: NESTOR NEIRA HERRERA

23 de Diciembre de 2015

[Registrar
servicio](#)



- Afiliados ▶
- Personas ▶
- Aportantes ▶
- Estadísticas ▶
- Usuarios ▶
- Documentación ▶
- Entrega HL al RI ▶
- Gestor de Tareas ▶

Consulta de viabilidad

OLDMUTUAL CORRESPONDENCIA REC
SUJETO A VERIFICACION



00284802 AFILIACIONES Y TRA
FEC:2015/12/23 HOR:04:28:16 P
ANEXO AFILIACION VIABILIDAD

Fecha de la Consulta : 12:17:51 PM

Los resultados obtenidos de la consulta son:

Identificación :	CC 19492838
Apellidos :	RODRIGUEZ DUARTE
Nombres :	DIEGO MANUEL
Certificado por :	Ministerio de Salud
Fecha de certificación :	2015/04/06
Código de vigencia :	00 VIGENTE
Novedad de respuesta :	037 Afiliado a otro Administradora. Traslado viable AFP
Lugar de expedición :	
Fecha de expedición :	1981/01/30
Rango de edad :	
Sexo :	M
Fecha de nacimiento :	1962/12/02
Indicador fecha de nacimiento verificada :	Si
Nacionalidad :	Colombiano
Fecha de traslado al RPM :	
Entidad del RPM :	

Los cálculos sobre la viabilidad del traslado por edad, los cuales hacen referencia con que al afiliado le falten diez o menos años para pensionarse se realizaron con la fecha certificada en Siafp

[Imprimir](#) [Regresar](#)

AFILIACIÓN FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS

NIT. 800.253.055-2

Nº 678007

NÚMERO DE AFILIACIÓN

201105

Cod op # 741812



OLD MUTUAL skandia

☐ VINCULACIÓN INICIAL ☒ TRASLADO DE AFP ☐ TRASLADO DEL RÉGIMEN FECHA DE AFILIACIÓN AL RAIS _____ NOMBRE DE LA ENTIDAD ANTERIOR POEVENIE

Ciudad BOGOTÁ Departamento CUNDINAMARCA Fecha Afiliación 08/07/2014 Fecha Efectiva _____ Fecha Primer Aporte _____ Nº CONTROL _____

1. INFORMACIÓN DEL AFILIADO

IDENTIFICACIÓN NÚMERO 19492.838 LUGAR DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ CIUDAD BOGOTÁ DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA FECHA DE EXPEDICIÓN 30/01/1981 TIPO DE DOCUMENTO ☒ C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT (PERSONA NATURAL) ☐ RC ☐ PASAPORTE ☐ CARNE DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

PRIMER NOMBRE DIEGO SEGUNDO NOMBRE MANUEL PRIMER APELLIDO ZORIBUEZ SEGUNDO APELLIDO DUARTE

FECHA DE NACIMIENTO 02/12/1962 CIUDAD BOGOTÁ DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA PAÍS COLOMBIA RESIDENTE COLOMBIANO ☒ SI ☐ NO PAÍS DE RESIDENCIA COLOMBIA

ESTADO CIVIL ACTUAL ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☒ Unión Libre ☐ Separado ☐ NÚMERO DE HIJOS 1 NÚMERO DE PERSONAS A CARGO 4 GÉNERO ☐ F ☐ M ☐ BACHILLER ☐ PREGRADO ☒ POSTGRADO ☐ PROFESIÓN CONTADOR

DIRECCIÓN RESIDENCIA Cra 89 N° 19-A-50 Ap. 307. INT. Hayuelos BARRIO Hayuelos CIUDAD BOGOTÁ

DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA TELÉFONO RESIDENCIA 3358888 CELULAR 3123200836 CORREO ELECTRÓNICO yobui_006@yahoo.com

ENVÍO DE CORRESPONDENCIA ☒ ELECTRÓNICO ☐ NO ENVIAR ☐ RESIDENCIA ☐ EMPRESA ☐ ENVÍO DE EXTRACTOS: ☐ CONSULTA ELECTRÓNICA ☐ NO ENVIAR ☐ FÍSICO ☐ DESEA RECIBIR INFORMACIÓN COMERCIAL DE SKANDIA ☐ SI ☐ NO

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA DEL SOLICITANTE ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL _____ SECTOR _____

CÓDIGO CIUJ (ACORDE CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO INTERNACIONAL CIUJ) _____

(Si el cliente es menor de edad, la información solicitada a continuación debe ser del tutor para gestión de contratos con SKANDIA)

Ocupación: ☒ Empleado ☐ Independiente ☐ Empresario/Socio ☐ Pensionado ☐ Rentista ☐ Otra Cuál? _____ FIGURA PÚBLICA ☐ SI ☒ NO

PENSIONADO TEMPORAL (LEY 797/03 ART. 13 LITERAL B) ☐ SI ☒ NO ¿HA COTIZADO MÁS DE 150 SEMANAS EN EL SEGURO SOCIAL, EN ALGUNA CAJA O FONDO? ☐ SI ☒ NO EN QUÉ ENTIDAD EFECTUÓ LA COTIZACIÓN? _____

2. INFORMACIÓN VINCULO LABORAL ACTUAL

TIPO DE TRABAJADOR ☒ DEPENDIENTE ☐ INDEPENDIENTE OBLIGATORIO ☐ MIXTO ☐ SUBSIDIADO ☐ INDEPENDIENTE VOLUNTARIO CARGO EN LA EMPRESA PROF ESPEC. 07

FECHA DE INGRESO 18/07/1996 SALARIO INTEGRAL ☐ SI ☒ NO INGRESO MENSUAL \$ 4656.445 IBC \$ _____ EGRESOS MENSUALES \$ _____

3. DATOS EMPLEADOR

SI TIENE MÁS DE UN EMPLEADOR FAVOR DILIGENCIE LOS DATOS EN UNA SOLICITUD ADICIONAL

TIPO DE IDENTIFICACIÓN ☐ C.C. ☐ C.E. ☒ NIT ☐ OTROS CUÁL? _____ NIT 800295133

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA CONTACTO DE LA EMPRESA (NOMINA) CONTRALORIA DE BOGOTÁ

DIRECCIÓN PRINCIPAL CRA 32 A 26 A 10 BARRIO GRAN AMERICA CIUDAD BOGOTÁ DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA

DIRECCIÓN ADICIONAL CRA 32 A 26 A 10 BARRIO GRAN AMERICA CIUDAD BOGOTÁ DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA

TELÉFONO 1 3358888 EXTENSIÓN 1 _____ FAX 1 _____ TELÉFONO 2 _____ EXTENSIÓN 2 _____ FAX 2 _____

CORREO ELECTRÓNICO (Dirección electrónica para envío de extractos) _____ ENVÍO DE CORRESPONDENCIA ☐ ELECTRÓNICO ☐ DIRECCIÓN PRINCIPAL ☐ NO ENVIAR ☐ DIRECCIÓN ADICIONAL ☐ ENVÍO DE EXTRACTOS / INFORMES: ☐ ELECTRÓNICO ☐ NO ENVIAR ☐ FÍSICO

DESEA RECIBIR INFORMACIÓN COMERCIAL DE SKANDIA ☐ SI ☐ NO TIPO DE EMPRESA ☐ PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐ OTRA CUÁL? _____ Nº EMPLEADOS _____ Nº EJECUTIVOS (PRESIDENTES, VICEPRESIDENTE Y GERENTES) _____

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL _____ SECTOR _____

CÓDIGO CIUJ (ACORDE CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO INTERNACIONAL CIUJ) _____

4. REGISTRO DE LOS BENEFICIARIOS EN EL FONDO

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO (VER TABLA)
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			

TABLA DE PARENTESCO 1= CÓNYUGE 2= COMPAÑERO PERMANENTE 3= PADRE 4= HIJO 5= HIJO INVÁLIDO 6= HERMANO INVÁLIDO

LOS BENEFICIARIOS ANTERIORMENTE RELACIONADOS SERÁN VERIFICADOS DE ACUERDO CON LAS NORMAS LEGALES VIGENTES.

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

TOTAL ACTIVOS (\$) COP _____ REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? ☐ SI ☐ NO

TIPO DE OPERACIÓN: _____ TIPO DE PRODUCTO: _____

TOTAL PASIVOS (\$) COP _____ IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO: _____

ENTIDAD: _____ MONTO (\$) COP: _____

CIUDAD Y PAÍS _____ MONEDA _____

6. DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

LOS DINEROS QUE SE VAN A APORTAR PROVIENEN DE LA _____ CUÁL?

ACTIVIDAD RELACIONADA ANTERIORMENTE? ☐ SI ☐ NO

DETALLE DE OTROS INGRESOS ORIGINADOS EN ACTIVIDADES DIFERENTES A LA PRINCIPAL: _____ MONTO (\$) COP _____

7. DILIGENCIA SI ES PERSONA INDEPENDIENTE O SOCIO

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____ NIT _____ DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ DEPARTAMENTO _____ TELÉFONO _____ SECTOR _____ CAPITAL VINCULADO (\$) COP _____

8. FIRMA DEL EMPLEADOR

NOMBRE PERSONA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR _____

FIRMA PERSONA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR C.C. _____ DE _____

9. AGENCIA COMERCIAL

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL PLANNER SEGUROS

NOMBRE FINANCIER PLANNER DE LA AGENCIA COMERCIAL Y/O ASESOR PENSIONAL PARALECIA GOMEZ PROM 1705

10. FIRMA DEL AFILIADO Y VOLUNTAD DE AFILIACION DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: CLIENTE@SKANDIA.COM.CO - WWW.SKANDIA.COM.CO

De acuerdo con el decreto, 692/94, art 11, hago constar que la selección del régimen de ahorro individual con solidaridad la he efectuado en forma libre, espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a la administradora Skandia Pensiones y Cesantía S.A. para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos. Así mismo autorizo a la administradora Skandia Pensiones y Cesantías S.A. para que mi nombre la emisión de mi bono pensional. Declaro que he sido asesorado sobre las implicaciones del régimen de transición así mismo conozco que dispongo de cinco (5) días hábiles a partir del diligenciamiento de esta solicitud, para retractarme de la afiliación. Me comprometo a entregar información veraz y verificable y actualizar como mínimo anualmente la información registrada. Autorizo reportar, solicitar y divulgar a la Central de Información del Sector Financiero CIFIJ que administra la Asociación Bancaria de Entidades Financieras de Colombia, o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda información referente a mi comportamiento como cliente de Skandia. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi comportamiento frente al sector financiero y en general al cumplimiento de mis obligaciones. En relación con el origen de fondos, declaro a Skandia que los recursos que entregue y entregare en depósito, provienen de las fuentes mencionadas y no de ninguna actividad ilícita, no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a dichas actividades.

C.C. 19492838 DE B772

11. HUELLA



INSTRUCCIONES

SOLICITUD DE VINCULACIÓN:

MARQUE CON UNA EQUIVALENCIA (X) AFILIACIÓN NUEVA SI SE TRATA DE LA PRIMERA VEZ QUE LA PERSONA INGRESA COMO AFILIADO A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES.

EN CASO DE UN TRASLADO DE ENTIDAD ADMINISTRADORA ASÍ COMO DE TRASLADO DE RÉGIMEN, DEBERÁ INDICARSE LA AFP O ENTIDAD ADMINISTRADORA ANTERIOR, SEGÚN CORRESPONDA.

FECHA DE AFILIACIÓN RAI: DILIGENCIE EN ESTE CAMPO LA FECHA DE LA PRIMERA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL.

1. INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

INFORMACIÓN SOBRE EL AFILIADO EN LA CUAL TIENE ESPECIAL IMPORTANCIA, EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN, NOMBRES Y APELLIDOS, FECHA DE NACIMIENTO E INGRESO A LA EMPRESA Y ESTADO CIVIL. INCLUYA LOS DATOS DE DIRECCIÓN Y CORREO ELECTRÓNICO Y EL MEDIO POR EL CUAL SERÁ CONSULTADA LA INFORMACIÓN GENERADA POR SKANDIA.

2. INFORMACIÓN VÍNCULO LABORAL ACTUAL:

INFORMACIÓN COMO EL TIPO DE TRABAJADOR Y CARGO EN LA EMPRESA, FECHA DE INGRESO, TIPO DE SALARIO E INGRESO MENSUAL.

3. DATOS DEL EMPLEADOR:

DETALLE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL EMPLEADOR COMO RAZÓN SOCIAL, NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA CONTACTO, DIRECCIONES, TELÉFONOS DE LA EMPRESA. ES IMPORTANTE REGISTRAR CORREO ELECTRÓNICO EMPRESARIAL.

4. REGISTRO DE LOS BENEFICIARIOS:

EN ESTE RECUADRO SE RELACIONAN LOS BENEFICIARIOS DEL TRABAJADOR, INDICANDO APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS, SEXO, TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y NÚMERO, FECHA DE NACIMIENTO (AÑO, MES, DÍA), Y EL CÓDIGO DE PARENTESCO, SEGÚN CORRESPONDA.

5. INFORMACIÓN FINANCIERA:

DILIGENCIE EL TOTAL DE ACTIVOS Y PASIVOS EN PESOS COLOMBIANOS Y ESPECIFIQUE SI REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA.

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS PARA APORTES VOLUNTARIOS:

DEBE DESCRIBIR EL ORIGEN Y/O PROCEDENCIA DE LOS FONDOS A INVERTIR EN ESTE CONTRATO, ATENDIENDO LOS ARTÍCULOS 102 Y 107 DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO Y LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA 007 DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

ASÍ MISMO DECLARO A SKANDIA PENSIONES Y CESANTÍAS QUE LOS RECURSOS QUE ENTREGARÉ EN DEPÓSITO PROVIENEN DE LAS FUENTES MENCIONADAS Y NO DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA; NO ADMITIRÉ QUE TERCEROS EFECTÚEN DEPÓSITOS EN MI CUENTA CON FONDOS PROVENIENTES DE ACTIVIDADES ILÍCITAS NI EFECTUARÉ TRANSACCIONES DESTINADAS A FINANCIAR DICHAS ACTIVIDADES.

7. DILIGENCIE SI ES PERSONA INDEPENDIENTE O SOCIO

SOLO DILIGENCIE ESTA INFORMACIÓN SI EL AFILIADO ES INDEPENDIENTE O SOCIO.

8. FIRMA DEL EMPLEADOR:

DEBE COLOCARSE EL NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR, LA FIRMA Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD.

9. AGENCIA COMERCIAL:

DEBE COLOCARSE EL NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA AGENCIA COMERCIAL, NOMBRES Y APELLIDOS DEL AP Y/O FP Y EL PROM (CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL A.P Y/O F.P.).

10. FIRMA DEL AFILIADO Y VOLUNTAD DE AFILIACIÓN

ESTE FORMULARIO DE AFILIACIÓN NO PODRÁ SER TRAMITADO SI NO ESTÁ FIRMADO POR EL AFILIADO O NO SE ANEXA LA COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN.

11. HUELLA: EL CLIENTE DEBE TERMINAR DE ACEPTAR SU AFILIACIÓN COLOCANDO LA HUELLA.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.492.838**
RODRIGUEZ DUARTE

APELLIDOS
DIEGO MANUEL

NOMBRES


FIRMA



SKANDIA CORRESPONDENCIA RECIBID
SUJETO A VERIFICACION



00215058 AFILIACIONES Y TRASL
FEC:2014/07/11 HOR:11:25:12 AM
ANEXO AFILIACION CEDULA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-DIC-1962**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

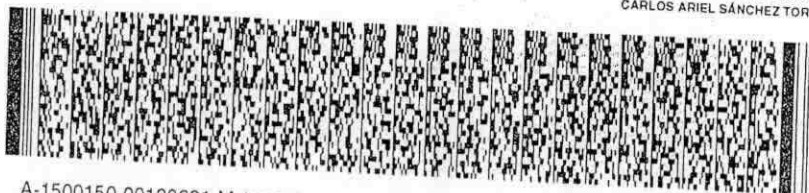
1.65
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

30-ENE-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00129631-M-0019492838-20081119

0006352411A 1

1240028764

Historia Laboral para el Proceso de Reclamacion del Bono Pensional



Diligencie todas las casillas sin omitir ninguna en letra imprenta, tinta negra, sin tachones ni enmendaduras.

Contrato No. _____
Ciudad <u>BOGOTA</u> Fecha de Diligenciamiento <u>08</u> <u>07</u> <u>2014</u> Dia Mes Año

1. Diligencie la información de sus datos personales en letra imprenta y mayúscula.

Nombres <u>Diego Manuel</u>	
Apellidos <u>Rodriguez Duarte</u>	
Tipo y Número de Identificación C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ RC ☐ Pasaporte ☐ NIT (Persona Natural) ☐ Carnet de Ministerio de Relaciones Exteriores ☐ No. <u>19492838</u>	

2. Diligencie la siguiente información sobre el Bono Pensional

Tiene derecho a Bono Pensional? Si ☐ No ☒ No tengo derecho a Bono Pensional porque no cotice como mínimo 150 semanas al I.S.S. o cajas, ni poseo vinculación laboral anterior a la fecha de mi traslado al primer fondo privado de pensiones.

3. Diligencie la siguiente información si tiene derecho a Bono Pensional

Tiene Bono Pensional Emitido? Si ☐ No ☒

Nombre de la Administradora de Fondos de Pensiones que realizó el trámite:

4. Diligencie la siguiente información si tiene derecho a Bono Pensional y no ha sido emitido

Nota: Este punto puede ser diligenciado al momento de la afiliación o en una cita posterior establecida con su Financial Planner en un formato nuevo.

Salario Base al 30 de Junio de 1992 ó Último anterior: \$ _____

HISTORIA I.S.S.

EMPLEADOR	CIUDAD	No. Patronal antes de 1994	No. Afiliación I.S.S. Antes de 1994	Fecha Inicial (AAAA/MM)	Fecha Final (AAAA/MM)

HISTORIA No. I.S.S.

EMPLEADOR	CIUDAD	CARGO	Nombre Caja o Fondo (Donde realizó los aportes)	Fecha Inicial (AAAA/MM)	Fecha Final (AAAA/MM)

SKANDIA CORRESPONDENCIA RECIBIDA
SUJETO A VERIFICACION



00215059 AFILIACIONES Y TRASL
FEC:2014/07/11 HOR:11:25:30 AM
ANEXO AFILIACION HISTORIA LABOR

Ar de radicación

Firma

[Firma manuscrita]

Identificación No.

19492838



Huella Índice Derecho



Plataforma de cuentas de administradores
del sistema de pensiones y afiliados



SKRCERONM USUARIO: RUBERLINDA CERON MUNOZ

9 de Julio de 2014

[Registrar
servicio](#)



[Personas](#) [Entrega HL al RPM](#) [Documentación](#) [Usuarios](#)

Consulta de viabilidad

Hora de la Consulta: 11:42:10 AM

Los resultados obtenidos de la consulta son:

Identificación:	CC 19492838
Apellidos:	RODRIGUEZ DUARTE
Nombres:	DIEGO MANUEL
Certificado por:	Ministerio de Salud
Fecha de certificación:	2014/04/12
Código de vigencia:	00 VIGENTE
Novedad de respuesta:	037 Afiliado a otro Administradora. Traslado viable AFP
Lugar de expedición:	
Fecha de expedición:	1981/01/30
Rango de edad:	
Sexo:	M
Fecha de nacimiento:	1962/12/02
Indicador fecha de nacimiento verificada:	Si
Nacionalidad:	Colombiano

SKANDIA CORRESPONDENCIA RECIBID
SUJETO A VERIFICACION



00215061 AFILIACIONES Y TRASL
FEC:2014/07/11 HOR:11:25:49 AM
ANEXO AFILIACION VIABILIDAD

Los cálculos sobre la viabilidad del traslado por edad, los cuales hacen referencia con que al afiliado le falten diez o menos años para pensionarse se realizaron con la fecha certificada en Siafp

[Imprimir](#)

[Regresar](#)

© 2011. Asofondos - Derechos reservados
Este sitio se visualiza mejor con Internet Explorer v7 o superior

autorización para el tratamiento de información

skandia:

UNA COMPAÑÍA  OLD MUTUAL

Declaro que he sido informado: (i) Que las siguientes compañías de manera conjunta, Skandia Pensiones y Cesantías S.A., Skandia Seguros de Vida S.A., Fiduciaria Skandia S.A., Skandia Holding de Colombia S.A. y Skandia Valores S.A. Sociedad Comisionista de Bolsa, en lo sucesivo "Skandia", actuarán como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y han puesto a mi disposición la línea de atención nacional 01 8000 517 526, el correo electrónico cliente@skandia.com.co y las oficinas de atención al cliente a nivel nacional, cuya información puedo consultar en www.skandia.com.co, disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización; (ii) Mis datos serán tratados para fines contractuales, comerciales, de atención al cliente y marketing; (iii) Mis derechos como titular del dato son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal; así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. Estos los puedo ejercer a través de los canales dispuestos por Skandia para la atención al público y observando la Política de Tratamiento de Información de Skandia disponible en www.skandia.com.co/protecciondedatos/politica de tratamientodeinformacion; (iv) Es voluntario responder preguntas que eventualmente me sean hechas sobre datos sensibles¹ o datos de menores de edad, y que éstos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a Skandia y a quien le sean cedidos los derechos, para tratar mis datos personales, con finalidad principal de contratación, ejecución y comercialización de los bienes y servicios del Responsable del Tratamiento, así como el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales.

Skandia podrá usar mi información para los siguientes fines: (i) Efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo de la etapa precontractual, contractual y pos contractual con Skandia, respecto de cualquiera de los productos ofrecidos por ella que haya o no adquirido o, respecto de cualquier relación comercial subyacente que tenga con ella, así como dar cumplimiento a la ley colombiana o extranjera y las órdenes de autoridades judiciales o administrativas; (ii) Realizar invitaciones a eventos, mejorar productos y servicios u ofertar nuevos productos, y todas aquellas actividades asociadas a la relación comercial o vínculo existente con Skandia, o aquel que llegare a tener; (iii) gestionar trámites (solicitudes, quejas, reclamos), realizar análisis de riesgo, efectuar encuestas de satisfacción respecto de los bienes y servicios de Skandia o empresas vinculadas al grupo Old Mutual, así como a los aliados comerciales de Skandia; (iv) suministrar información de contacto y documentos pertinentes a la fuerza comercial y/o red de distribución, telemarketing, investigación de mercados y cualquier tercero con el cual Skandia posea un vínculo contractual de cualquier índole; (v) dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro del grupo Old Mutual, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube. Para todo lo anterior otorgo mi autorización expresa e inequívoca; (vi) Suministrar a las asociaciones gremiales y a los sistemas manejados por éstas, tales como, entre otros, ASOFONDOS, FASECOLDA, SIAFP, los datos personales necesarios para la realización de estudios y en general la administración de sistemas de información del sector correspondiente; (vii) Conocer mis datos que reposen en operadores de bancos de datos de información financiera de que trata la Ley 1266 de 2008 o las normas que la modifiquen o sustituyan y proporcionarles mi información a los mismos; (viii) Acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública (como entre otros, los Ministerios, los Departamentos Administrativos, la DIAN, la Fiscalía, Registraduría Nacional del Estado Civil, Juzgados, tribunales y altas Cortes) ya sea nacional, internacional o extranjera; (ix) Consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, Skandia pueda acceder a la información sobre mi estado de salud y a mi historia clínica; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a Skandia copia de toda la información que sea requerida. (x) Transferir o transmitir a las compañías Skandia Holding de Colombia S.A., Skandia Global Investments S.A. y Skandia Consulting Services S.A. miembros del grupo financiero Old Mutual o cualquier matriz o filial, en calidad de encargados o a terceros en virtud de un contrato (xi) crear bases de datos para los fines descritos en la presente autorización.

Otorgo mi consentimiento a Skandia para tratar mi información personal, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, y por tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: www.skandia.com.co/protecciondedatos. Autorizo a Skandia a modificar o actualizar su contenido, a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o productos, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía, y/o correo electrónico.

La información del formato del cual forma parte la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

¹Son datos sensibles, aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

Firma

SKANDIA CORRESPONDENCIA RECIBIDA
SUJETO A VERIFICACION



00215062 AFILIACIONES Y TRASL
FEC:2014/07/11 HOR:11:26:14 AM
ANEXO AFILIACION AUTORIZACION P

Firma

Nombre
Identificación
Fecha

Diego Manuel Rodríguez
191 492 838
08-07-2014



FOR-0116
201307



Centro de Soluciones

www.servientrega.com Tel. 7700200 Fax. 7700360 Ext. 110045

1 0 7 5 4 5 4 0 0 4 6 2 8 1 7 9 3

OLD MUTUAL PENSIONES Y CESANTI
 DEST/DIEGO MANUEL RODRIGUEZ DUARTE 19492838
 DIR: CR 89 19A 80 SUR



Centro de Soluciones

NIT: 860.512.330-3

10754540046281793

Entrega

jun 2017

129

☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8

DE: OLD MUTUAL PENSIONES Y CESANTI

129_75<127

ORIGEN: BOGOTA

DIR: AV. 19 NO. 109A-30

PARA: DIEGO MANUEL RODRIGUEZ DUARTE

DIR: CR 89 19A 80 SUR

DESTINO: BOGOTA CUND

TEL: 3123200836

ZONA:

ID: 19492838

SUBZ:

DICE CONTENER: CARTAS

Entregado ☐Desconocido ☐Rehusado ☐No Reside ☐No Reclamado ☐Dir. Errada ☒

Otros(Nov.OP/Cerrado)

NOMBRE LEGIBLE C.C. Y SELLO

Guía: 10754540046

Tarifa (\$): 10

Peso (gr): 250

Fecha: 23/06/2017

Hora Ent: 01:07:56p.m. B.P.



RELEASE: 59664990
OUTCARDS: 1

ORDER: N/A

TYPE: N/A

CUBIC FT: .00

DATE: 09/15/2023

USER ID: ANDSANTA