

# FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES  
2019-17261777  
27/12/2019 09:03:19 AM  
TEUSAQUILLO  
BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ D.C.  
AFILIACIONES  
IMÁGENES:5  
0201917261777P60

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS	REGIONAL	OFICINA
DEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	Ejecutivo comercial
		Doc. Ejecutivo Comercial

## I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

Tipo de documento	CC <input checked="" type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	N.º de documento	7.275.654	Fecha de nacimiento	Año 1958 Mes 05 Día 18
Primer apellido	Chavez	Segundo apellido	Bayona		
Primer nombre	Luis	Segundo nombre	Francisco		
Municipio de nacimiento	La Llave	Departamento de nacimiento	Boyaca	Sexo	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Colombiana	Dirección de residencia	Calle-25-D-Bis-96-82	Ingreso mensual	\$200000
Municipio de residencia	BOGOTÁ	Barrio / vereda de residencia	Fontibon	Salario integral	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Departamento de residencia	Cundinamarca	Teléfono		Es empleador	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Ocupación u oficio	asesorias comerciales	Celular	3132866112	Alto riesgo	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
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).

## II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento	CC <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	N.º de documento		DV	Código CIU
NATURALEZA	Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>	Razón social o nombre			
Dirección					
Barrio / vereda	Departamento	Municipio			
Teléfono	Celular	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"/>	N.º de documento		Fecha de nacimiento	Año Mes Día
Primer apellido		Segundo apellido			
Primer nombre		Segundo nombre			
Nacionalidad		Dirección de residencia			
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia		
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono	Celular	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"/>	N.º de documento		Fecha de nacimiento	Año Mes Día
Primer apellido		Segundo apellido			
Primer nombre		Segundo nombre			
Nacionalidad		Dirección de residencia			
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia		
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono	Celular	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"/> Vinculación laboral <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 a la administradora de pensiones anterior	Porvenir				
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	Código	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 e irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes esta tiene suscritos convenios con tal propósito, 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 y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. 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. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES.

## V. FIRMAS

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	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"

