

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES - 2022-16607860
11/11/2022 10:37:41 AM
MEDELLIN CENTROCCID
ANTIOQUIA - MEDELLIN
AFILIACIONES
IMAGENES:72



CONSULTE 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="radio"/> INDEPENDIENTE <input type="radio"/>	FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRINTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS		
Tipo de documento: CC <input checked="" type="radio"/> CD <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?	N.º de documento	43.033.942	
Fecha de Expedición	Municipio Expedición	Departamento Expedición	Sexo M <input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/>
29/07/1980	Medellín	Antioquia	
Primer nombre	Segundo nombre		
Nora	Elena		
Primer apellido	Segundo apellido		
García	Ocampo		
Fecha nacimiento	Municipio nacimiento	Departamento nacimiento	Nacionalidad
11/11/1964	Medellín	Antioquia	Colombia
Dirección de residencia	Barrio / vereda de residencia		
Calle 41 # 33-04	Lq. Milagrosa		
Municipio de residencia	Departamento de residencia		
Medellín	Antioquia		
Teléfono de residencia	Celular	Salario integral	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
217.6288	301.255.7660	Es empleador	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Ocupación u oficio	Ingreso mensual \$	Alto riesgo	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Administradora Rnto de Venta	3.100.000		
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).		
norelgarcia@gmail.com	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
Dirección de ubicación laboral	Barrio/vereda de ubicación laboral		
cra 49 # 61 Sur- 540 Bd. 17B	Industrial		
Municipio de ubicación laboral	Departamento de ubicación laboral	Teléfono laboral	
Sabaneta	Antioquia	604.448.2642	

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento: NIT <input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?	N.º de documento	DV4	Código CHU
890901218			
Naturaleza: Pública <input type="radio"/> Privada <input checked="" type="radio"/>	Razón social o nombre		
	Tiendas de Ropa Intima S.A. y/o TRIDEAZ S.A.		
Dirección	Municipio		
cra 49 # 61 Sur- 540	Sabaneta		
Barrio / vereda	Departamento	Sucursal	
Zona Industrial	Antioquia		
Teléfono	Celular	Ocupación u oficio	
604.448.2642	314.723.8725	Directora de Gestión Humana	
Correo electrónico			
direccion.gestionh@tanica.co			

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1 Tipo de documento: CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?	N.º de documento	Fecha de nacimiento
		Día Mes Año
Primer nombre	Segundo nombre	
Primer apellido	Segundo apellido	
Nacionalidad	Dirección de residencia	
Municipio de residencia	Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia
Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Celular	Correo electrónico
Parentesco 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>		
2 Tipo de documento: CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?	N.º de documento	Fecha de nacimiento
		Día Mes Año
Primer nombre	Segundo nombre	
Primer apellido	Segundo apellido	
Nacionalidad	Dirección de residencia	
Municipio de residencia	Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia
Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Celular	Correo electrónico
Parentesco 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>		

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD Vinculación inicial <input type="radio"/> Traslado de régimen <input checked="" type="radio"/> Traslado de entidad diferente <input type="radio"/> Traslado por Pensión Familiar <input type="radio"/>	Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Subsidiado Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Si marcó Traslado indique Entidad Actual	Entidad a donde desea trasladarse	Tarifa con la que debe cotizar %
Salfondos	Colpensiones	
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> ¿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="radio"/> No <input type="radio"/>		
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="radio"/> No <input type="radio"/>		
3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		

V. FIRMAS

Hago constar que la selección de Régimen RPI ya 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 a RPI para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.	Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.
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: Nora Elena García O	Firma del representante legal o persona autorizada: Trideaz
FECHA AFILIADO	FECHA PERSONA AUTORIZADA