



Enviamos Mensajería NIT.900437186
Licencia MinTic 002498 - <https://enviamoscym.com>
Sucursal Calle 35 #12-52, OF 218 Ed. Nasa, Centro, Bucaramanga (Santander).
Tel. 7 6700534.

Correspondencia

Orden de servicio 1
CS.443702



Guía #1040043135711

Ofc.	BGA2	Creación.	25 May 2023 16:15	Orig	Bucaramanga (Santander)	Dest.	Bucaramanga (Santander)								
Envío	YARA LILIANA ORTEGA BUSTAMANTE			Céd/Nit 32751789 Tels.3176644314		Envío	CARRERA 12 # 34-67 PFC 606 EDF LOS CASTELLANOS	Cód postal	68001						
Destino	COLPENSIONES			Céd/Nit. Tels.		Destino	CALLE 53 # 35-32 LOCAL 04 EDF ANDES CENTER	Cód postal	680003						
Conten	Adición.		Cód alt. Adicionales.			Dimens	Al 0 cms An 0 cms Pr 0 cms	Peso	200 g	Vl declar	\$50.000	Prima	\$500	Vl impo	\$7.900
Visita 1 DD MM AAAA HORA		Visita 2 DD MM AAAA HORA		Visita 3 DD MM AAAA HORA		Visita 4 DD MM AAAA HORA		Visita 5 DD MM AAAA HORA							
Dir incorrecta		Dir incompleta		Difícil acceso		Rehusado		No reside		Desocupado		Fallecido			
Nombre legible						Observaciones						Zona UG. 106			
Recibido a satisfacción DD MM AAAA HORA						Espacio para sellos									

REMITENTE

Señores:
Administradora Colombiana De Pensiones, Colpensiones
Ciudad

Asunto: **Ineficacia de afiliación**
Yara Liliana Ortega Bustamante
C.C. No. 32.751.789

Jorge Luis Quintero Gómez identificado con cédula de ciudadanía 91.155.595 de Floridablanca, portador de la T. P. 141.227 del C.S. de la J. de conformidad al poder a mí conferido por **Yara Liliana Ortega Bustamante** identificada con cédula de ciudadanía No. **32.751.789** que, para el efecto anexo, acudo ante ustedes con el fin de solicitar lo siguiente:

Consideración

La señora **Yara Liliana Ortega Bustamante** fue trasladada del régimen de prima media con prestación definida a la **AFP Colfondos S.A** el **1 de marzo del 2000**, sin la asesoría requerida que fuera suficiente para poder ejercer plenamente la autonomía de la voluntad y determinar de forma libre la conveniencia o no del traslado del Régimen de Prima Media al Régimen de Ahorro individual con Solidaridad.

Por lo anterior, me permito efectuar las siguientes peticiones:

Peticiones Principales

Primera: Se declare la ineficacia de la vinculación suscrita por mi poderdante, a través de la cual se adelantó la supuesta afiliación al Régimen de Ahorro Individual.

Segunda: Se adelanten los trámites pertinentes para que **Colfondos S.A** y **Skandia S.A.** procedan a la devolución integral de todos los aportes realizados ante dichas entidades a **Colpensiones**.

Tercera: Se solicita copia de la afiliación que realizó mi poderdante al Instituto de Seguros Sociales ISS hoy Colpensiones e historia laboral donde consten las semanas cotizadas al Sistema General de Pensiones.

Anexo

1. Poder
2. Copia cédula de ciudadanía poderdante.
3. Copia cédula y tarjeta profesional apoderado.
4. Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.
5. Formato Información EPS.
6. Declaración de No pensión.
7. Formulario autorización o revocatoria notificación por correo electrónico.

Notificaciones

Carrera 12 # 34-67 oficina 606, Edificio los castellanos en la ciudad de Bucaramanga, Teléfonos: 6067421796 - 6076421274. Dirección electrónica: abogado@jorgeluisquinterogomez.com

Cordialmente,



Jorge Luis Quintero Gómez
C.C. No. 91.155.595 de Floridablanca.
T.P. No. 141.227 del C.S.J

Señores:
Administradora Colombiana de Pensiones, Colpensiones
E.S.D.

REFERENCIA: PODER

Yara Lilliana Ortega Bustamante, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía **32.751.789**, con correo electrónico ylli503@hotmail.com, por medio del presente escrito, ante su despacho, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a los abogados **Jorge Luis Quintero Gómez**, identificado con cédula de ciudadanía No. 91.155.595 de Floridablanca, portador de la Tarjeta Profesional No. 141.227 del Consejo Superior de la Judicatura, con correo electrónico: abogado@jorgeluisquinterogomez.com, **Astrid Bibiana Niño Quiñones**, identificada con cédula de ciudadanía No. 63.523.544 de Bucaramanga, Tarjeta Profesional No. 216.417 del Consejo Superior de la Judicatura, con correo electrónico: asistente1@jorgeluisquinterogomez.com y **Yanneth Ortiz Quintero**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 63.355.187 de Bucaramanga, con Tarjeta Profesional 274.449 del Consejo Superior de la Judicatura, correo electrónico asistente2@jorgeluisquinterogomez.com, para que en mi nombre y representación inicien, tramiten y lleven a su culminación solicitud de **Ineficacia de traslado, afiliación al RAIS y reclamación administrativa**, conforme a los hechos y peticiones que debidamente se enunciarán en la respectiva petición

Mis apoderados quedan facultados para presentar solicitudes, derechos de petición, reclamación administrativa, interponer recursos, pedir documentos, diligenciar y firmar formularios, solicitar corrección de historia laboral, solicitar la expedición de la historia laboral, solicitar cálculo o proyección de la mesaaa pensional, presentar acción de tutela de ser necesario, recibir dinero y/o cheque, tramitar el cumplimiento y pago de sentencia judicial, conciliar, transigir, desistir, renunciar, sustituir, reasumir, notificarse y en general para ejercer las facultades inherentes al mandato conferido y relacionados con los trámites que sean necesarios para la Nulidad de traslado y afiliación al RAIS.

Sírvase reconocer personería a mis apoderados.

De usted, con deferencia,



Yara Lilliana Ortega Bustamante
C.C. No **32.751.789**

Aceptamos,



Jorge Luis Quintero Gómez
C.C. No. 91.155.595
T.P. No 141.227 del C. S. de la J.



Astrid Bibiana Niño Quiñones
C.C. No. 63.523.544
T.P. No 216.417 del C. S. de la J



Yanneth Ortiz Quintero
C.C. No. 63.355.187
T.P. No. 274.449 del C. S de la J.



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015



COD 9899

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el nueve (9) de mayo de dos mil veintitres (2023), en la Notaría setenta y tres (73) del Círculo de Bogotá D.C., compareció YARA LILIANA ORTEGA BUSTAMANTE, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0032751789 y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

9899-1

[Firma manuscrita]



3535eb3790

09/05/2023 17:27:47

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta acta, rendida por el compareciente con destino a: PODER.



Victoria Bernal T



VICTORIA BERNAL TRUJILLO

Notaria (73) del Círculo de Bogotá D.C.

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: 3535eb3790, 09/05/2023 17:29:27

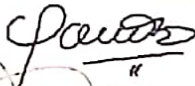


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.751.789**
ORTEGA BUSTAMANTE

APELLIDOS
YARA LILIANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-FEB-1965**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

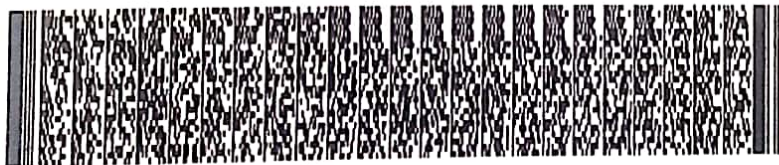
F

SEXO

15-NOV-1990 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00751185-F-0032751789-20150928

0046627770A 1

1073595677

241539 REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

141227

Tarjeta No.

19/07/2005

Fecha de
Expedición

17/06/2005

Fecha de
Grado

JORGE LUIS

QUINTERO GOMEZ

91166696

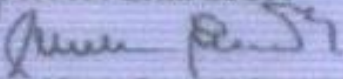
Cédula

SANTANDER

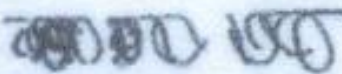
Consejo Seccional

COOPERATIVA B/MANGA

Universidad


Presidente Consejo Superior
de la Judicatura





REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
91.155.595
NUMERO

QUINTERO GOMEZ
APELLIDOS

JORGE LUIS
NOMBRES


FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-JUL-1972**
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

17-SEP-1990 FLORIDABLANCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2719500-59157627-M-0091155595-20070515 0229407134A 02 213151923

FECHA

16 05 2023

I. INFORMACIÓN DEL CAUSANTE O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de Solicitud	Autorización <input checked="" type="checkbox"/> Revocatoria	Tipo de documento	CC <input checked="" type="checkbox"/> CE	TI	P	Número de documento	32751789
Primer Apellido	Ortega	Segundo Apellido	Bustamante				
Primer Nombre	Yara	Segundo Nombre	Liliana				

II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE QUE AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Tipo de documento	CC <input checked="" type="checkbox"/> CE	TI	P	Número de documento	91155595
Primer Apellido	Quintero	Segundo Apellido	Gomez		
Primer Nombre	Jorge	Segundo Nombre	Luis		
Calidad en la que Actúa	Causante o Titular del Derecho	Beneficiario	Apoderado <input checked="" type="checkbox"/> Curador	Tercero autorizado	Representante legal
Otro, ¿cuál?					
Correo Electrónico autorizado para realizar la notificación	abogado@jorgequinterogomez.com				

III. CONDICIONES Y TÉRMINOS DE USO DE LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Manifestación de Autorización:

- Por medio del presente formato usted AUTORIZA a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, a NOTIFICARLE en la dirección de correo electrónico informado, el Acto Administrativo o dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral que se genere como respuesta al trámite que acompaña esta autorización.
- La ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, queda facultada para notificarlo en la dirección de Correo electrónico informado, y por tanto no se hará uso de los otros medios previstos en la ley 1437 de 2011.

Efectos Jurídicos de la Notificación Electrónica.

- La notificación Electrónica tiene la misma validez de una notificación personal, por tanto, una vez la entidad remite el acto administrativo o Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral, se entiende notificado en la fecha y hora que el mensaje es recibido en el correo electrónico informado por el solicitante.
- El acuse de recibido del mensaje, será certificado por la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, haciendo uso de las herramientas que disponga, y será la prueba legal de la correcta notificación.
- En caso de proceder recursos en contra de la decisión notificada, los términos empiezan a contar desde el día hábil siguiente a la fecha de recibo del correo electrónico (fecha certificada por Colpensiones), y su radicación se debe efectuar en los Puntos de Atención de Colpensiones.

Requisitos de la Cuenta de Correo Electrónico.

- La persona que autoriza la notificación electrónica debe agregar el dominio de la entidad (Colpensiones.gov.co) a la lista de direcciones confiables, a fin de evitar que la comunicación sea recibida en la bandeja de correo no deseado.
- La persona que autoriza la notificación se hace responsable de adoptar las medidas de seguridad idóneas para la administración de la cuenta de correo electrónico informada en el presente formato, así como del manejo de la clave de ingreso al mismo, y de mantener el buzón con la capacidad suficiente para la recepción de los actos administrativos que serán objeto de notificación.
- Los archivos adjuntos al correo electrónico de notificación se remiten en formato PDF y para protección de la información enviada se encriptarán con clave de seguridad.

Vigencia de la Autorización

- La autorización para notificar el acto administrativo por correo electrónico tendrá efecto, hasta tanto el ciudadano no presente la respectiva revocatoria, en dado caso la notificación se realizará de conformidad con los otros medios previstos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Normas Aplicables

- Para la presente autorización son normas aplicables los artículos 53, 56, 66 y 67 de la Ley 1437 de 2011 y los artículos 20 y 21 de la Ley 297 de 1999.

[Firma]
Firma del solicitante

32751789
No. de documento de radicación

"Ven por tu FUTURO"





DECLARACIÓN DE NO PENSIÓN

Señores

COLPENSIONES

Ciudad

Asunto: Certificación de No Pensión

Yo Yara Liliana Ortega Bustamante

identificado con documento C.C. ☒ C.E. ☐

Número: 32.751.789

de Barranquilla.

manifiesto que recibo pensión SI ☐ NO ☒

de jubilación ☐

vejez ☐

invalidez ☐

sobreviviente ☐

otra ☐

de la Entidad administradora, Caja o Fondo ó Entidad Pública, Cuál? _____

Por lo tanto, bajo la gravedad de juramento informo que no me encuentro gozando de pensión alguna que sea incompatible con la prestación solicitada en COLPENSIONES, ni adelantando trámite de reconocimiento en otra entidad pública o privada.

De igual forma manifiesto que conozco las implicaciones legales de falsa declaración y exonero de cualquier responsabilidad a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES por los efectos que llegare a generar el reconocimiento de la prestación solicitada.

Atentamente:



FIRMA DEL SOLICITANTE

32751789

No. DE DOCUMENTO

“Ven por tu
FUTURO”



I. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de documento CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>	Primer apellido Ortega	Segundo apellido Bustamante
Número de documento 32751789	Primer nombre Yara	Segundo nombre Liliana

II. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN O AFILIACIÓN

Marque con una x la opción correspondiente al régimen al cual se encuentra vinculado

Opción 1 <input checked="" type="checkbox"/> RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	Si marcó la opción 1, Conteste los puntos 1 - 2.	Opción 2 <input type="checkbox"/> RÉGIMEN SUBSIDIADO	Si marcó la opción 2, Conteste los puntos 1 - 3.
Opción 3 <input type="checkbox"/> RÉGIMEN EXCEPTUADO	Si marcó la opción 3, Conteste los puntos 2 - 4.	Opción 4 <input type="checkbox"/> AFILIADO A UNIVERSIDADES	Si marcó la opción 4, Conteste los puntos 2 - 5.
Opción 5 <input type="checkbox"/> OTROS	Si marcó la opción 5, Conteste el punto 6.	Opción 6 <input type="checkbox"/> COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	Si marcó la opción 6 adjunte Certificado de residencia expedida por el Consulado y firme este formato en la parte inferior.

1. A cuál EPS se encuentra actualmente vinculado
EPS Compensar

2. En calidad de que se encuentra vinculado a esta EPS o Régimen de Excepción

3. A que EPS va a realizar a: ☐ COTIZANTE ☒ BENEFICIARIO

4. A que Régimen de Excepción pertenece

Policia Nacional <input type="checkbox"/>	Magisterio <input type="checkbox"/>
Fuerzas Militares <input type="checkbox"/>	Ecopetrol <input type="checkbox"/>

5. En qué Universidad se encuentra afiliado

Unisalud <input type="checkbox"/>	UniValle <input type="checkbox"/>	UniNariño <input type="checkbox"/>	UniCauca <input type="checkbox"/>
Caprui <input type="checkbox"/>	UniCartagena <input type="checkbox"/>	UniAtlántico <input type="checkbox"/>	UniAntioquia <input type="checkbox"/>

6. Sus servicios de Salud son prestados por una dependencia adaptada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLÍN o FONDO PASIVOS DE FERROCARRILES) en Calidad de COTIZANTE? ☐ SI (Si marcó SI diligencie el punto 1) ☐ NO (Si marcó NO diligencie el punto 3)

SI USTED ES SOLICITANTE DE UNA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR EL RIESGO DE MUERTE EN CALIDAD DE CÓNYUGE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE MENOR DE 30 AÑOS DE EDAD Y NO PROCREO HIJOS CON EL CAUSANTE FALLECIDO, POR FAVOR INDIQUE A QUE ADMINISTRADORA O FONDO DE PENSIONES (AFP) DESEA AFILIARSE O A CUAL SE ENCUENTRA AFILIADO Y DESEA SE CONTINUEN EFECTUANDO LOS DESCUENTOS (Previo cumplimiento de requisitos):

III. OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Me comprometo a que, una vez se me notifique de la resolución a través de la cual se me concede e ingrese la prestación a nómina, modificaré dentro de los (5) días siguientes el estatus de mi afiliación en la EPS donde me encuentro afiliado, en calidad de cotizante pensionado, so pena de que se dé la orden de no pago temporal de mi pensión hasta tanto subsane la inconsistencia presentada.

OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN SUBSIDIADO:

Me comprometo a que, una vez se me notifique de la resolución a través de la cual se me concede e ingrese la prestación a nómina, efectuaré dentro de los cinco (5) días siguientes, la afiliación en calidad de cotizante pensionado en la EPS de mi elección, so pena de aplicación de lo establecido en el Decreto 4248 de 2007.

OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN:

Cotizante: Una vez reconocida la pensión e ingresada en la nómina, los aportes en salud serán girados a favor del Fosyga, en cumplimiento a lo establecido en el decreto 1703 de 2002 Art. 14. Beneficiario: Si se encuentra afiliado (a) en cualquier Régimen de excepción (Policia Nacional, fuerzas Militares, Magisterio o Ecopetrol), este emitirá documento en el cual certificará que conocida la condición de pensionado, le continuará prestando los servicios de salud, por lo que los aportes en salud se deberán ingresar al Fosyga, en caso contrario deberá manifestar a que EPS se va a afiliarse.

OBSERVACIÓN PARA AFILIADOS A UNIVERSIDADES:

Deberá anexar constancia de afiliación donde se registre la fecha de afiliación a la Universidad, a fin de establecer si existe o no derecho de continuar afiliado, en cumplimiento a lo establecido en el decreto 4248 de 2007, de no cumplir con lo establecido en la Norma deberá manifestar a que EPS se va a afiliarse.

*Es importante que tenga en cuenta que si su información es inconsistente puede afectarlo en la prestación de los servicios de salud por parte de su EPS, razón por la cual verifique su estado de permanencia y vinculación a la misma.

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EXCLUSIVAMENTE POR EL CAUSANTE DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA

FIRMA DEL SOLICITANTE 	Nº. DE DOCUMENTO 32751789
--	------------------------------

"Ven por tu FUTURO"



FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

RADICACIÓN

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL

OFICINA

Ejecutivo comercial

Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE ☒ INDEPENDIENTE ☐ FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MANUSCRITA E IMPRINTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento CC ☒ CI ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N.º de documento 32.751.789

Fecha de Expedición 15/11/1990 Municipio Expedición Barranquilla Departamento Expedición Atlántico Sexo M ☒ F ☐

Primer nombre Yara Segundo nombre Liliana

Primer apellido Ortega Segundo apellido Bustamante

Fecha nacimiento 20021965 Municipio nacimiento Barranquilla Departamento nacimiento Atlántico Nacionalidad Colombiana

Dirección de residencia Carrera 12 # 34 - 67 of. 606 Barrio / vereda de residencia Centro

Municipio de residencia Bucaramanga Departamento de residencia Santander

Teléfono de residencia 6421796 Celular 3176644314 Salario integral \$ ☐ No ☒

Ocupación u. oficina Ingreso mensual \$ 4.312.322 Es empleador \$ ☐ No ☒

Correo electrónico abogados.jageluisquintero.gomez.com Alto riesgo \$ ☐ No ☒

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRONICOS: 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 mensajería móvil) \$ ☒ No ☐

Dirección de ubicación laboral Barrio / vereda de ubicación laboral

Municipio de ubicación laboral Departamento de ubicación laboral Teléfono laboral

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento NIT ☐ CC ☐ CI ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N.º de documento DV Código CIIU

Naturaleza Pública ☐ Privada ☐ Razón social o nombre

Dirección Municipio

Barrio / vereda Departamento Sucursal

Teléfono Celular Ocupación u. oficina

Correo electrónico

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1. Tipo de documento CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N.º de documento Fecha de nacimiento

Primer nombre Segundo nombre Día Mes Año

Primer apellido Segundo apellido

Nacionalidad Dirección de residencia

Municipio de residencia Barrio / vereda de residencia Departamento de residencia

Sexo M ☐ F ☐ Teléfono Celular Correo electrónico

Parentesco 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

2. Tipo de documento CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N.º de documento Fecha de nacimiento

Primer nombre Segundo nombre Día Mes Año

Primer apellido Segundo apellido

Nacionalidad Dirección de residencia

Municipio de residencia Barrio / vereda de residencia Departamento de residencia

Sexo M ☐ F ☐ Teléfono Celular Correo electrónico

Parentesco 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD Vinculación inicial ☐ Traslado de régimen ☒ Traslado de entidad diferente ☐ Traslado por Pensión Familiar ☐ a las caídas o fuciones del sector público: Si ☐ No ☐ Subsidado Si ☐ No ☐

Si marco Traslado indique: Entidad Actual Skandia Entidad a donde desea trasladarse

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones Si ☐ No ☐ ¿Cuál? Tarifa con la que debe cotizar %

1. AUTORIZACIÓN PARA BUSQUEDA, 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, actualización y uso en cualquier tiempo en los sistemas 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 los entes de verificación y/o organismos pertinentes. Si ☐ No ☐

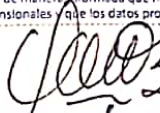
3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. Si ☐ No ☐

V. FIRMAS

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.

Hago constar que la selección de Régimen 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 a para 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.

Firma del Afiliado o Solicitante:  Huella Afiliado:  Nombres y Apellidos del Representante Legal o Persona Autorizada:  Firma del Representante Legal o Persona Autorizada: 

"Ven por tu Futuro"



I. TIPO DE RIESGO

☒ Vejez Invalidez Muerte Indemnización sustitutiva Auxilio funerario

II. DETALLE TIPO DE RIESGO

<input checked="" type="checkbox"/> Pensión de vejez	Pensión vejez compartida	Pensión vejez madre o padre trabajador hijo invalido	Pensión Especial de vejez anticipada por invalidez
Pensión vejez alto riesgo	Pensión Vejez periodista	Pensión Vejez convenios internacionales	Pensión Invalidez
Pensión Invalidez convenios internacionales	Pensión Sobrevivientes	Sustitución pensional	Sustitución Provisional ley 1204/08
Pensión Sobrevivientes convenios internacionales	Indemnización Vejez	Indemnización Invalidez	Indemnización Sobrevivencia

III. TIEMPOS

Publicos no cotizados a Colpensiones ☒ SI ☐ NO
Privados ☒
Régimen especial ☒

IV. TIPO DE SOLICITUD

☒ Reconocimiento
☐ Reliquidación

V. INSTANCIA (si es primera solicitud no marque ninguna opción de este campo)

☐ Recurso de reposición ☐ Recurso de queja
☐ Recurso de apelación ☒ Nuevo Estudio
☐ Revocatoria directa

Su solicitud se refiere a inconsistencias en su Historia Laboral, tiempos cotizados al RPM administrado por Colpensiones? ☒ SI ☐ NO
Si usted respondió SI, es necesario que aporte la información referente a los datos faltantes o inconsistentes para la respectiva verificación, validación y corrección si fuere el caso. Por la anterior diligencie y adjunte el Formato Corrección de Historia Laboral disponible en la página web www.colpensiones.gov.co y en los puntos de Atención Colpensiones (PAC) a nivel Nacional

VI. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de documento CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Número de documento 32751789	Fecha de nacimiento Año 1965 Mes 02 Día 20	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Primer apellido Ortega	Segundo apellido Bustamante	Primer nombre Yara	Segundo nombre Liliana
Dirección Correspondencia Carreia 12 # 34-67 oficina 606 Edificio los castellanos			
Ciudad / Municipio Bucaramanga	Barrio Centro	Departamento Santander	
Teléfono 6421796	Celular 3176644314	Fax	
Correo electrónico abogado@jorge.luis.quintero.gomez.com			Autorizo notificación por medio electrónico <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

VII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO 1

Esta información debe ser diligenciada ÚNICAMENTE para los trámites por el Riesgo de MUERTE

Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	Número de documento	Fecha de nacimiento Año	Mes	Día	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco	Cónyuge	Compañero(a)	
Primer nombre	Segundo nombre	Hijos menores	Hijos estudiantes 18-25 años	Hijo invalido	
Dirección Correspondencia		Padres	Hermano invalido	Otro	
Ciudad / Municipio	Barrio	Departamento			
Teléfono	Celular	Fax			
Correo electrónico					

Autorizo notificación por medio electrónico ☐ SI ☐ NO

- AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN.** El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta 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 que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES.
- AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN.** El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para 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.
- La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

BENEFICIARIO 2

HOJA 2 DE 2

Tipo de documento CC CE F P RC TI		Número de documento	Fecha de nacimiento Año Mes Día		Sexo M F
Primer apellido		Segundo apellido	Parentesco		Cónyuge Compañero (a)
Primer nombre		Segundo nombre	Hijos menores Padres		Hijos estudiantes 18-25 años Hermano invalido Hijo invalido Otro
Dirección Correspondencia					
Ciudad / Municipio		Barrio	Departamento		
Teléfono		Celular	Fax		
Correo electrónico					
Autoriza notificación por medio electrónico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

BENEFICIARIO 3

Tipo de documento CC CE F P RC TI		Número de documento	Fecha de nacimiento Año Mes Día		Sexo M F
Primer apellido		Segundo apellido	Parentesco		Cónyuge Compañero (a)
Primer nombre		Segundo nombre	Hijos menores Padres		Hijos estudiantes 18-25 años Hermano invalido Hijo invalido Otro
Dirección Correspondencia					
Ciudad / Municipio		Barrio	Departamento		
Teléfono		Celular	Fax		
Correo electrónico					
Autoriza notificación por medio electrónico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

VIII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO

Tipo de documento CC X CE	Número de documento 91155595	Tarjeta Profesional / Provisional 141227
Primer apellido Quintero	Segundo apellido Gomez	
Primer nombre Jorge	Segundo nombre Luis	
Dirección Correspondencia Calle 12 # 34-67 oficina 606 edificio los castelanos		
Ciudad / Municipio Bucaramanga	Barrio Centro	Departamento Santander
Teléfono 6421796	Celular 3176644314	Fax
Correo electrónico Abogado @ jageluisquinteroagomez.com		
Autoriza notificación por medio electrónico <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

IX. INFORMACIÓN SOLICITANTE TERCERO

Tipo de documento CC CE F P	Número de documento	Curador	Tercero autorizado	Representante legal
Primer apellido	Segundo apellido			
Primer nombre	Segundo nombre			
Dirección Correspondencia		Razón Social	NIT	
Ciudad / Municipio	Barrio	Departamento		
Teléfono	Celular	Fax		
Correo electrónico				
Autoriza notificación por medio electrónico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

FIRMA DEL SOLICITANTE

32751789.

No. DE DOCUMENTO

"TU FUTURO LO CONSTRUIMOS ENTRE LOS DOS"



Cadenas S.A.