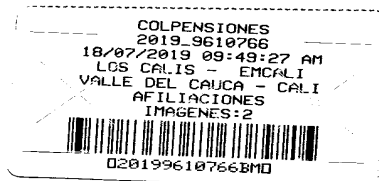


FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES




FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS	REGIONAL	OFICINA
DEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input 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: 16 619 903
Primer apellido: CABEZAS	Segundo apellido: CAICEDO
Primer nombre: MARCO	Segundo nombre: AURELIO
Municipio de nacimiento: IBAGUE	Departamento de nacimiento: TOLIMA
Nacionalidad: COLOMBIANO	Dirección residencia: Cra 28 # 7-04 oeste
Municipio de residencia: CALI	Barrio / vereda de residencia: CRISTALES
Departamento de residencia: VALLE	Teléfono: Celular 3104386638
Ocupación u oficio: FISCAL SECCIONAL	Correo electrónico: jeslin2@gmail.com
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 checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	N.º de documento: 800189 595
NATURALEZA: Pública <input checked="" type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>	Razón social o nombre: FISCALIA GENERAL DE LA NACION CAU
Dirección: Cra 6 # 3-30	Municipio: CERRITO
Barrio / vereda: CENTRO	Departamento: VALLE
Teléfono: Celular 3189825453	Correo electrónico:

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS																						
<table border="1"> <tr> <td>1. Tipo de documento: CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/></td> <td>N.º de documento:</td> <td>Fecha de nacimiento:</td> </tr> <tr> <td>Primer apellido:</td> <td>Segundo apellido:</td> <td>Año: Mes: Día:</td> </tr> <tr> <td>Primer nombre:</td> <td>Segundo nombre:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nacionalidad:</td> <td>Dirección de residencia:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Municipio de residencia:</td> <td>Barrio / vereda de residencia:</td> <td>Departamento de residencia:</td> </tr> <tr> <td>Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> <td>Teléfono:</td> <td>Celular:</td> </tr> <tr> <td>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"/></td> <td>Correo electrónico:</td> <td></td> </tr> </table>		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:	Primer apellido:	Segundo apellido:	Año: Mes: Día:	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:	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"/>	Correo electrónico:	
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:																				
Primer apellido:	Segundo apellido:	Año: Mes: Día:																				
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:																				
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"/>	Correo electrónico:																					
<table border="1"> <tr> <td>2. Tipo de documento: CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/></td> <td>N.º de documento:</td> <td>Fecha de nacimiento:</td> </tr> <tr> <td>Primer apellido:</td> <td>Segundo apellido:</td> <td>Año: Mes: Día:</td> </tr> <tr> <td>Primer nombre:</td> <td>Segundo nombre:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nacionalidad:</td> <td>Dirección de residencia:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Municipio de residencia:</td> <td>Barrio / vereda de residencia:</td> <td>Departamento de residencia:</td> </tr> <tr> <td>Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> <td>Teléfono:</td> <td>Celular:</td> </tr> <tr> <td>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"/></td> <td>Correo electrónico:</td> <td></td> </tr> </table>		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:	Primer apellido:	Segundo apellido:	Año: Mes: Día:	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:	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"/>	Correo electrónico:	
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:																				
Primer apellido:	Segundo apellido:	Año: Mes: Día:																				
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:																				
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"/>	Correo electrónico:																					

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 150 semanas a las cajas o fondos del sector público: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si marcó traslado indique a la administradora de pensiones anterior: POR VENIR	Subsidiado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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: %
<p>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 que se refieren a las prestaciones, bienes 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.</p>	

V. FIRMAS	
 <p>FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE</p>	<p>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</p> <p>HUELLA AFILIADO</p> <p>NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA</p> <p>FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA</p>

"Ven por tu FUTURO"

