

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES
2013-7483543
18/10/2013 03:48:47 p.m.
BARRANQUILLA NORTE
ATLANTICO - BARRANQUILLA
AFILIACIONES
Nro Folios:2
02013748354310

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYUSCULA 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	32.679.731	Fecha de nacimiento	Año 1963 Mes 11 Día 14
Primer apellido	Palma	Segundo apellido	Ariza	Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Primer nombre	Valentina	Segundo nombre	Antonia	Ingreso mensual	\$ 2.231.600=
Municipio de nacimiento	Polonuevo	Departamento de nacimiento	Atlántico	Salario integral	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Nacionalidad	Colombiana	Dirección residencia	Calle 55 N° 25A-20	Es empleador	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Municipio de residencia	Barranquilla	Barrio / vereda de residencia	Los pinos	Alto riesgo	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Departamento de residencia	Atlántico	Teléfono	3036519		
Ocupación u oficio	Directora Administrativa	Celular	300-6655357		
Correo electrónico	Valentino.palma1411@hotmail.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	860.004.875	DV	6	Código CIU	6511
NATURALEZA	Pública <input type="checkbox"/> Privada <input checked="" type="checkbox"/>	Razón social o nombre	General Colombia Seguros Generales S.A.				
Dirección	Cra. 7 N° 72-13 Piso 1			Municipio	Bogotá, D.C.		
Barrio / vereda	Quinta Camacho			Departamento	Cundinamarca		
Teléfono	6068000			Sucursal	Bogotá		
Celular	300-6655357			Correo electrónico	www.generali.com		

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS




Tipo de documento	CC <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>	N.º de documento	1.140.872.284	Fecha de nacimiento	Año 1994 Mes 10 Día 14
Primer apellido	Molinares	Segundo apellido	Palma		
Primer nombre	Giancarlo	Segundo nombre	-		
Nacionalidad	Colombiano	Dirección de residencia	Calle 55 N° 25A-20		
Municipio de residencia	Barranquilla	Barrio / vereda de residencia	Los pinos	Departamento de residencia	Atlántico
Sexo	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono	3036519	Celular	301-4203543
Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Correo electrónico			

Tipo de documento	CC <input type="checkbox"/> TI <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>	N.º de documento	98043060422	Fecha de nacimiento	Año 1998 Mes 04 Día 30
Primer apellido	Molinares	Segundo apellido	Palma		
Primer nombre	Juan	Segundo nombre	Camilo		
Nacionalidad	Colombiano	Dirección de residencia	Calle 55 N° 25A-20		
Municipio de residencia	Barranquilla	Barrio / vereda de residencia	Los pinos	Departamento de residencia	Atlántico
Sexo	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono	3036519	Celular	301-7916548
Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" 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 trabajado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Subsidiado	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Si marco traslado indique a la administradora de pensiones anterior		Protección S.A.			
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?	Código		
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 su 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.		Código	Tarifa con la que debe cotizar	%	

V. FIRMAS

 FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	 HUELLA	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.  NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	 FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA GENERALI COLOMBIA Seguros Generales S.A. "JUNTOS CONSTRUIAMOS ENTRE LOS DOS"
---	---	--	--