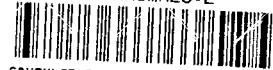


FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA
GENERAL DE PENSIONESCOLPENSIONES - 2023_7738394
23/05/2023 02:54:19 PM
OFICINA REGIONAL SUR
TOLIMA - IBAGUE
AFILIACIONES
IMAGENES:2CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL

Ejecutivo comercial

OFICINA

Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE ☒ INDEPENDIENTE ☐

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento CC ☒ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N.º de documento 51853052

Fecha de Expedición 21051905 Municipio Expedición Bogotá Departamento Expedición Cundinamarca Sexo M ☒ F ☐

Primer nombre María Segundo nombre Claudia

Primer apellido Ruiz Segundo apellido Durán

Fecha nacimiento 19059966 Municipio nacimiento Bogotá Departamento nacimiento Cundinamarca Nacionalidad Colombiana

Dirección de residencia Calle 129 # 9-60 int 8 APT 02 Barrio / vereda de residencia Recocho del country

Municipio de residencia Bogotá Departamento de residencia Cundinamarca

Teléfono de residencia 615 8288 Celular 3222136535

Ocupación u oficio Gerente Comercial Ingreso mensual \$ 17.000.000

Correo electrónico maria66@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). Si ☒ No ☐

Dirección de ubicación laboral Carrera 32 # 14-31 Barrio/vereda de ubicación laboral Pte. Ancha

Municipio de ubicación laboral Bogotá Departamento de ubicación laboral Cundinamarca Teléfono laboral 5978282

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento NIT ☒ CC ☐ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N.º de documento 890322294 DV 1 Código CIU 4923

Naturaleza Pública ☐ Privada ☒ Razón social o nombre transportadora de valores Atlas Ltda

Dirección Cra 32 # 14-31 Municipio Bogotá

Barrio / vereda Puente Aranda Departamento Cundinamarca Sucursal 001

Teléfono 5978282 Celular 3222136535 Ocupación u oficio

Correo electrónico

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

● 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 ☐

● 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 ☐

Si marcó Traslado indique: Entidad Actual Porvenir Entidad a donde desea trasladarse Colpensiones

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones Si ☐ No ☒ ¿Cuál? 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 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 ☒ 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 las entidades u 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

Hago constar que la selección de Régimen ☒ PM 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 decidido afiliarme a COLPENSIONES y administramis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE

HUELLA AFILIADO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE
LEGAL O PERSONA AUTORIZADAFIRMA DEL REPRESENTANTE
LEGAL O PERSONA AUTORIZADA"Ven por tu
futuro"