



Porvenir

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.R.
NIT. 800.144.331-3

SOLICITUD DE VINCULACION

1-16

FECHA SOLICITUD			NÚMERO
AÑO	MES	DÍA	
95	04	25	00510239

VINCULACION INICIAL <input type="checkbox"/>	AFP ANTERIOR <input type="checkbox"/>	CUIDAD
TRASLADO DE AFP <input type="checkbox"/>		Bogotá
TRASLADO DE REGIMEN <input checked="" type="checkbox"/>	ENTIDAD ADMINISTRADORA ANTERIOR <u>Cajanal - 100</u>	

INFORMACION DEL TRABAJADOR

TIPO DE TRABAJADOR	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TL	CC	CE	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
DEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	79 040 652		X		Colombia	63 01 12	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
Correa	Tamayo	Hector	Darío				
DIRECCION DE RESIDENCIA	CUIDAD	DEPARTAMENTO	TELEFONO				
Kra 105 # 73C-04	Bta	Condensa	4351843				
DIRECCION DONDE TRABAJA	CUIDAD	DEPARTAMENTO	TELEFONO	EXT.			
Calle 72 # 7-96 P. 2	Bta	Condensa	3127011	358			
APARTADO AEREO	ENVIO CORRESPONDENCIA	RESIDENCIA <input checked="" type="checkbox"/>	LUGAR DONDE TRABAJA <input type="checkbox"/>	APARTADO AEREO <input type="checkbox"/>			
HA COTIZADO MAS DE 150 SEMANAS EN EL I.C.S. O CAJAL							
NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/>	I.S.S. <input checked="" type="checkbox"/>	CAJANAL <input checked="" type="checkbox"/>	CAJA DEPARTAMENTAL <input type="checkbox"/>	CUAL			
EN CASO AFIRMATIVO IDENTIFIQUE EN CUAL ENTIDAD CAJA MUNICIPAL <input type="checkbox"/> CUAL OTRA <input type="checkbox"/> CUAL							

INFORMACION VINCULO LABORAL ACTUAL

OCCUPACION O CARGO ACTUAL	SALARIO O INGRESO MENSUAL	% COTIZACION VOLUNTARIA	COMISION
Oficial Mayor	\$ 892.374		
NIT. O C.C. DEL EMPLEADOR	NIT. CC CE	NOMBRE O RAZON SOCIAL	
800893816-3	X	Direccion Nacional Administracion Judicial	
DIRECCION CORRESPONDENCIA EMPLEADOR	CUIDAD	DEPARTAMENTO	TELEFONO
Kra 10 # 14-33 P. 11	Bogotá	Condensa	

INFORMACION BENEFICIARIOS

APELLIDOS Y NOMBRES	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CLASE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	CODIGO PARENTESCO	CODIGOS PARENTESCO
Si SON MAS DE CINCO (5) BENEFICIARIOS, ADJUNTE RELACION		CC TL	AÑO MES DÍA	M F		
Solupa Correa Cadavid					04	01 CONYUGE
Nataly Correa Zuluaga					04	02 COMPAÑERO (A) PERMANENTE
Cristian Correa Zuluaga					04	03 PADRE O MADRE
Adela Zuluaga Ortiz					01	04 HIJOS
M ^o del Carmen Tamayo					03	05 HIJOS INVALIDOS
						06 HERMANOS INVALIDOS

LEA INSTRUCCIONES AL RESPALDO

RESPONSABLE FONDO DE PENSIONES	
NOMBRE <u>M^o Francisco</u>	
REGIONAL <input type="checkbox"/> ZONA <input checked="" type="checkbox"/> DIRECTOR <input checked="" type="checkbox"/>	
ASESOR COMERCIAL <u>216213117</u>	
FIRMA ASESOR COMERCIAL	

FIRMA EMPLEADOR	
DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.	
BARCO	
BOGOTA <input type="checkbox"/> LAS VILLAS <input type="checkbox"/>	
OCCIDENTE <input type="checkbox"/> PORVENIR <input type="checkbox"/>	
COD. OFICINA	

VOLUNTAD DE AFILIACION	
HAGO CONSTAR, QUE REALIZO DE FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y SIN PRESIONES LA ESCOGENCIA AL REGIMEN DE MAJOR INDIVIDUAL, ASI COMO LA SELECCION DE LA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR PARA QUE SEA LA UNICA QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES. TAMBIEN DECLARO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS.	
FIRMA DEL TRABAJADOR	
LLAME GRATIS	TELEPORVENIR 9-800-10-800