

SOLICITUD DE VINCULACION

Societate Administratoare de Fonduri de Pensii și Creșterii S.R.L.

NIT.800.144.331-3




FECHA SOLICITUD			NUMERO
AÑO	MES	DIA	
56	11	07	

VINCULACION INICIAL	<input type="checkbox"/>	AFP ANTERIOR		CIUDAD	BOGOTA
TRASLADO DE AFP	<input type="checkbox"/>	ENTIDAD ADMINISTRADORA ANTERIOR	JSS + Cajenat		
TRASLADO DE REGIMEN	<input checked="" type="checkbox"/>				

TIPO DE TRABAJADOR						NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		T.I.	C.C.	C.E.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	
DEPENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>			79	040	652	BTA	X		Colombiano	63	01	12	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE										
Correa		Tamayo		Hector		Dario										
DIRECCION DE RESIDENCIA				CIUDAD		DEPARTAMENTO		TELEFONO								
Kraus # 73C04.				BTA		Quindio		4351843								
DIRECCION DONDE TRABAJA				CIUDAD		DEPARTAMENTO		TELEFONO EXT.								
Calle 72 # 7-96 Piso 2.				BTA		Quindio		312701135								
APARTADO AEREO		ENVIO CORRESPONDENCIA		RESIDENCIA <input type="checkbox"/>		LUGAR DONDE TRABAJA <input type="checkbox"/>		APARTADO AEREO <input type="checkbox"/>								
HA COTIZADO MAS DE 150 SEMANAS EN I.S.S. O CAJAS?										TIEMPO TOTAL COTIZADO						
NO <input type="checkbox"/>	SÍ <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 _____						AÑOS <input type="text"/>	MESES <input type="text"/>				

INFORMACION VINCULO LABORAL ACTUAL									
EMPLEADOR									
OCCUPACION O CARGO ACTUAL			SALARIO O INGRESO MENSUAL			<input checked="" type="checkbox"/>		% COTIZACION VOLUNTARIA	
OFICIAL MAYOR.			SALARIO INTEGRAL			<input type="checkbox"/>		\$ 1.026.232	
NIT. O CEDULA DEL EMPLEADOR			NIT. C.C. C.E.			NOMBRE O RAZON SOCIAL			
800 093 816-3			X			Corte Constitucional			
DIRECCION CORRESPONDENCIA EMPLEADOR				CIUDAD		DEPARTAMENTO		TELEFONO	
Kra 10 # 14-33 P.11				BIA		CUND		3366400	
								TELEFAX	

INFORMACION BENEFICIARIOS								
APELLIDOS Y NOMBRES SI SON MAS DE CINCO(5) BENEFICIARIOS, ADJUNTE RELACION	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CLASE C.C. T.I.	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO M F	CODIGO PARENTESCO	CODIGOS PARENTESCO
			AÑO	MES	DIA			
Maria Adela Zuluaga Ortiz						X	01	01 CONYUGE
Nataly Correa Zuluaga						X	01	02 COMPAÑERO(A) PERMANENTE
Christian David Correa Zuluaga						X	CA	03 PADRE O MADRE
Silvia Helena Correa Cadavid						X	01	04 HIJOS
								05 HIJOS INVALIDOS
								06 HERMANOS INVALIDOS

RESPONSABLE FONDO DE PENSIONES		FIRMA EMPLEADOR		VOLUNTAD DE AFILIACION	
NOMBRE	<u>Martina Restrepo</u>	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.		HAGO CONSTAR QUE REALIZO DE FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y SIN PRESIONES LA ESCOGENCIA AL REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL, ASÍ COMO LA SELECCION DE LA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR PARA QUE SEA LA ENTIDAD QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES. TAMBIEN DECLARO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS.	
REGIONAL	<u>1</u> ZONA <u>5</u> DIRECTOR <u>OS</u>				
ASESOR COMERCIAL	<u>B9548586</u>				
<u>Martina Restrepo</u> FIRMA ASESOR COMERCIAL		BANCO	BOGOTA OCCIDENTE	PORVENIR <input checked="" type="checkbox"/>	LLAME GRATIS  TELEPORVENIR 9-800-10-800

ORIGINAL - POTVENIS