



AFILIACIÓN OLD MUTUAL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS

NIT. 800.253.055-2

Nº 728178

NÚMERO DE AFILIACIÓN

AIS

Form with checkboxes for vinculación, traslado de AFP, etc. and fields for fecha de afiliación and nombre de la entidad anterior (Protección).

Form with fields for Ciudad (Bogotá), Departamento (C-marca), Fecha Afiliación (27/07/2015), Fecha Efectiva (01/09/2015), Fecha Primer Aporte (01/10/2015), and Nº CONTROL.

1. INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Form with fields for identification number (79341894), name (Victor Manuel Herra Lozano), birth date (13/11/1964), address, phone numbers, and occupation (Microbiólogo).

2. INFORMACIÓN VINCULO LABORAL ACTUAL

Form with fields for worker type (Dependiente), employer (Senior Manager Demand Management LATAM), and salary (\$13.277.697).

3. DATOS EMPLEADOR SI TIENE MÁS DE UN EMPLEADOR FAVOR DILIGENCIE LOS DATOS EN UNA SOLICITUD ADICIONAL

Form with fields for employer name (Pfizer SAS), address (Av Suba # 95-66), phone numbers, and company type (Privada).

4. REGISTRO DE LOS BENEFICIARIOS EN EL FONDO

Table for recording beneficiaries with columns for identification number, name, sex, and birth date. Includes a barcode and verification text.

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

Form with fields for total assets, liabilities, and transaction details.

6. DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Form with fields for source of funds and other income details.

7. DILIGENCIA SI ES PERSONA INDEPENDIENTE O SOCIO

Form with fields for establishment name, address, and capital.

8. FIRMA DEL EMPLEADOR

Signature area for the employer, featuring the Pfizer logo and name.

9. AGENCIA COMERCIAL

Form with fields for commercial agency name (Consultores Financieros Integrales CTDA) and planner name (Leonardo Rey Guavara).

10. FIRMA DEL AFILIADO Y VOLUNTAD DE AFILIACION DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: CLIENTE@OLDMUTUAL.COM.CO - WWW.OLDMUTUAL.COM.CO

Signature area for the affiliate with a declaration of consent and a c.c. de Bogotá stamp.

11. HUELLA



MOFENO RAMIREZ IMPRESORES - TEL: 308 0475

## INSTRUCCIONES

### SOLICITUD DE VINCULACIÓN:

MARQUE CON UNA EQUIS (X) AFILIACIÓN NUEVA SI SE TRATA DE LA PRIMERA VEZ QUE LA PERSONA INGRESA COMO AFILIADO A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES.

EN CASO DE UN TRASLADO DE ENTIDAD ADMINISTRADORA ASÍ COMO DE TRASLADO DE RÉGIMEN, DEBERÁ INDICARSE LA AFP O ENTIDAD ADMINISTRADORA ANTERIOR, SEGÚN CORRESPONDA.

FECHA DE AFILIACIÓN RAI: DILIGENCIE EN ESTE CAMPO LA FECHA DE LA PRIMERA AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL.

### 1. INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

INFORMACIÓN SOBRE EL AFILIADO EN LA CUAL TIENE ESPECIAL IMPORTANCIA, EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN, NOMBRES Y APELLIDOS, FECHA DE NACIMIENTO E INGRESO A LA EMPRESA Y ESTADO CIVIL. INCLUYA LOS DATOS DE DIRECCIÓN Y CORREO ELECTRÓNICO Y EL MEDIO POR EL CUAL SERÁ CONSULTADA LA INFORMACIÓN GENERADA POR OLD MUTUAL.

### 2. INFORMACIÓN VÍNCULO LABORAL ACTUAL:

INFORMACIÓN COMO EL TIPO DE TRABAJADOR Y CARGO EN LA EMPRESA, FECHA DE INGRESO, TIPO DE SALARIO E INGRESO MENSUAL.

### 3. DATOS DEL EMPLEADOR:

DETALLE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL EMPLEADOR COMO RAZÓN SOCIAL, NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA CONTACTO, DIRECCIONES, TELÉFONOS DE LA EMPRESA. ES IMPORTANTE REGISTRAR CORREO ELECTRÓNICO EMPRESARIAL.

### 4. REGISTRO DE LOS BENEFICIARIOS:

EN ESTE RECUADRO SE RELACIONAN LOS BENEFICIARIOS DEL TRABAJADOR, INDICANDO APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS, SEXO, TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y NÚMERO, FECHA DE NACIMIENTO (AÑO, MES, DÍA), Y EL CÓDIGO DE PARENTESCO, SEGÚN CORRESPONDA.

### 5. INFORMACIÓN FINANCIERA:

DILIGENCIE EL TOTAL DE ACTIVOS Y PASIVOS EN PESOS COLOMBIANOS Y ESPECIFIQUE SI REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA.

### 6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS PARA APORTES VOLUNTARIOS:

DEBE DESCRIBIR EL ORIGEN Y/O PROCEDENCIA DE LOS FONDOS A INVERTIR EN ESTE CONTRATO, ATENDIENDO LOS ARTÍCULOS 102 Y 107 DEL ESTATUTO ORGÁNICO DEL SISTEMA FINANCIERO Y LA CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA 007 DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

ASÍ MISMO DECLARO A OLD MUTUAL PENSIONES Y CESANTÍAS QUE LOS RECURSOS QUE ENTREGARÉ EN DEPÓSITO PROVIENEN DE LAS FUENTES MENCIONADAS Y NO DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA; NO ADMITIRÉ QUE TERCEROS EFECTÚEN DEPÓSITOS EN MI CUENTA CON FONDOS PROVENIENTES DE ACTIVIDADES ILÍCITAS NI EFECTUARÉ TRANSACCIONES DESTINADAS A FINANCIAR DICHAS ACTIVIDADES.

### 7. DILIGENCIE SI ES PERSONA INDEPENDIENTE O SOCIO

SOLO DILIGENCIE ESTA INFORMACIÓN SI EL AFILIADO ES INDEPENDIENTE O SOCIO.

### 8. FIRMA DEL EMPLEADOR:

DEBE COLOCARSE EL NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR, LA FIRMA Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD.

### 9. AGENCIA COMERCIAL:

DEBE COLOCARSE EL NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL DE LA AGENCIA COMERCIAL, NOMBRES Y APELLIDOS DEL AP Y/O FP Y EL PROM (CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL A.P Y/O F.P.).

### 10. FIRMA DEL AFILIADO Y VOLUNTAD DE AFILIACIÓN

ESTE FORMULARIO DE AFILIACIÓN NO PODRÁ SER TRAMITADO SI NO ESTÁ FIRMADO POR EL AFILIADO O NO SE ANEXA LA COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN.

### 11. HUELLA: EL CLIENTE DEBE TERMINAR DE ACEPTAR SU AFILIACIÓN COLOCANDO LA HUELLA.

09 JUL 2015

RECIBIDO