

AFILIACIÓN OLD MUTUAL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS  
NIT. 800.253.055-2



Nº 771938

NÚMERO DE AFILIACIÓN

CÓDIGO DE OPORTUNIDAD

VINCULACIÓN INICIAL  TRASLADO DE AFP  TRASLADO DE RÉGIMEN  TRASLADO DE AFP - PENSIÓN FAMILIAR  TRASLADO DE RÉGIMEN - PENSIÓN FAMILIAR

NOMBRE DE LA ENTIDAD ANTERIOR: **PORVENIR**

Ciudad: **BOGOTÁ** Departamento: **D.C.** Fecha Afiliación: **28 | 06 | 2017**

1. INFORMACIÓN DEL AFILIADO

PRIMER NOMBRE: **VICTOR** SEGUNDO NOMBRE: **MANUEL** PRIMER APELLIDO: **HERRAN** SEGUNDO APELLIDO: **LOZANO**

TIPO DE DOCUMENTO:  RC  T.I.  C.C.  C.E.  PASAPORTE  NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: **79341894** LUGAR DE EXPEDICIÓN: **BOGOTÁ D.C.** FECHA DE EXPEDICIÓN: **28 | 09 | 1983**

FECHA DE NACIMIENTO: **11 | 03 | 1964** CIUDAD DE NACIMIENTO: **BOGOTÁ** DEPARTAMENTO: **D.C.** PAÍS: **COLOMBIA** RESIDENTE COLOMBIANO:  SI  NO PAÍS DE RESIDENCIA: **COLOMBIA**

ESTADO CIVIL ACTUAL:  Separado  Unión Libre  Viudo  Divorciado  Soltero  Casado NÚMERO DE HIJOS: **2** NÚMERO DE PERSONAS A CARGO: **3** GÉNERO:  F  M NIVEL DE ESTUDIOS:  BACHILLER  PREGRADO  POSTGRADO PROFESIÓN: **MICROBIOLOGO**

DIRECCIÓN RESIDENCIA: **CALLE 51 102A-21 AP. 501** CIUDAD: **BOGOTÁ** DEPARTAMENTO: **D.C.** PAÍS: **COLOMBIA**

TELÉFONO RESIDENCIA: **5174136** CELULAR: **3118765112** PREFERENCIA DE ENVÍO DE CORRESPONDENCIA Y EXTRACTOS:  ELECTRÓNICO  FÍSICO

CORREO ELECTRÓNICO: **victor.herran@pfizer.com**

PENSIONADO TEMPORAL (LEY 797/03 ART. 13 LITERAL B):  SI  NO ¿HA COTIZADO MÁS DE 150 SEMANAS EN COLPENSIONES, EN ALGUNA CAJA O FONDO?:  SI  NO EN QUÉ ENTIDAD EFECTUÓ LA COTIZACIÓN?

\* Las notificaciones de transacciones las recibiré en su correo electrónico y/o celular registrados.

2. INFORMACIÓN VINCULO LABORAL ACTUAL Si el cliente es menor de edad, la información solicitada a continuación debe ser del tutor para gestión de contratos con OLD MUTUAL

OCUPACIÓN:  Empleado  Independiente  Empresario/Socio  Pensionado  Rentista TIPO DE TRABAJADOR:  DEPENDIENTE  SUBSIDIADO  INDEPENDIENTE OBLIGATORIO  MIXTO  INDEPENDIENTE VOLUNTARIO

FECHA DE INGRESO: **16 | 01 | 1990** CARGO EN LA EMPRESA: **SENIOR MANAGER DEMAND MANAGEMENT LATAM**

SALARIO INTEGRAL:  SI  NO INGRESO MENSUAL: **\$ 14.917.493** INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC): **\$ 10.442.245 =**

DATOS EMPLEADOR SI TIENE MÁS DE UN EMPLEADOR FAVOR DILIGENCIAR LOS DATOS EN UNA SOLICITUD ADICIONAL

RAZÓN SOCIAL: **PFIZER SAS** TIPO DE IDENTIFICACIÓN:  NIT  C.C.  C.E.  PASAPORTE NIT: **860039561-1**

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: **FARMACEUTICO** TIPO DE EMPRESA:  PÚBLICA  PRIVADA  MIXTA Nº EMPLEADOS:

DIRECCIÓN PRINCIPAL: **AV SUBA # 95-66** CIUDAD: **BOGOTÁ** DEPARTAMENTO: **CUNDINAMARCA**

TELÉFONO: **6002300** EXTENSIÓN: **2894** CORREO ELECTRÓNICO: **nomina.bogota@pfizer.com**

3. REGISTRO DE LOS BENEFICIARIOS EN EL FONDO

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO					NOMBRES Y APELLIDOS	GÉNERO M F	FECHA DE NACIMIENTO AA MM DD	PARENTESCO (VER TABLA)
	C.C.	T.I.	C.E.	R.C.	PAS.				
51776441	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	YOLANDA GONZALEZ BARRETO	<input type="checkbox"/>	1965/04/18	01
1019072458	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LAURA HERRAN GONZALEZ	<input type="checkbox"/>	1992/06/01	04
1020815718	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MARIA CATALINA HERRAN GONZALEZ	<input type="checkbox"/>	1996/05/03	04

TABLA DE PARENTESCO 1= CÓNYUGE 2= COMPAÑERO PERMANENTE 3= PADRE 4= HIJO 5= HIJO INVÁLIDO 6= HERMANO INVÁLIDO

LOS BENEFICIARIOS ANTERIORMENTE RELACIONADOS SERÁN VERIFICADOS DE ACUERDO CON LAS NORMAS LEGALES VIGENTES.

4. FIRMA DEL AFILIADO Y VOLUNTAD DE AFILIACION

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: CLIENTE@OLDMUTUAL.COM.CO - WWW.OLDMUTUAL.COM.CO

5. HUELLA

Declaro que la selección del régimen de ahorro individual con solidaridad la he efectuado en forma libre, espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a Old Mutual Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A., para que administre mis aportes pensionales, que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos, me comprometo a entregar información veraz y verificable y actualizar como mínimo anualmente la información registrada; así mismo autorizo a Old Mutual Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A., para que tramite a mi nombre la emisión de mi bono pensional. Declaro que he sido asesorado sobre las implicaciones y características del régimen de ahorro individual con solidaridad RAIS, así mismo conozco que dispongo de (5) cinco días hábiles a partir del diligenciamiento de esta solicitud, para retractarme de la afiliación, de igual manera declaro que he recibido y conozco el Reglamento de Old Mutual Fondo de Pensiones Obligatorias y el plan que seleccione, el cual también está disponible para consulta a través de la página web www.oldmutual.com.co.

*[Firma manuscrita]*  
C.C. **79341894**  
DE **BOGOTÁ**



Con el diligenciamiento y firma de éste formulario declaro que he leído y comprendido la presente afiliación, las declaraciones y autorización para el tratamiento de información personal al respaldo.

6. FIRMA DEL EMPLEADOR

7. AGENCIA COMERCIAL

Declaro bajo gravedad de juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada.

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR: *[Firma]* **PFIZER S.A.S.**  
NIT.: 860.039.561-1

NOMBRE AGENCIA COMERCIAL: **SOLUCIONES GLOBALES**

NOMBRE FINANCIER PLANNER DE LA AGENCIA COMERCIAL Y/O ASESOR PENSIONAL: **WILSON MORENO DUARTE**

No. IDENTIFICACIÓN: **79845445** PROM: **1176**

8. CONSTANCIA DE ENTREVISTA PERSONAL

Información a diligenciar por parte del comercial

Lugar de la entrevista: **AV. SUBA No. 95-66**

Fecha de la entrevista: **21 | 06 | 17** Hora de la entrevista: **5:00**  AM  PM El resultado de la entrevista fué:  Satisfactoria  Insatisfactoria

¿La información de ingresos, egresos, activos y pasivos son coherentes con el medio en el que se desempeña?  SI  NO

¿El cliente es una persona expuesta públicamente (PEP)?  SI  NO

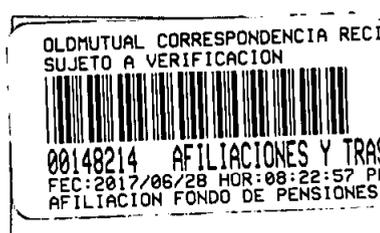
¿Ha sido claro en el origen de sus recursos?  SI  NO

*[Firma manuscrita]*  
Firma del asesor

9. FIRMA AUTORIZADA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA

FIRMA AUTORIZADA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA: *[Firma]*

SELLO DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA: *[Sello]*



VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE ECONOMÍA

FOR-0157-201612