

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Insistencia letra

COLPENSIONES - 2021_2878165

11/03/2021 02:11:18 PM

BUENAVENTURA

VALBUENA ZALAZA -

AFILIACIONES

IMAGENES: 2



CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL	OFICINA
Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo comercial

1. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>		FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS	
Tipo de documento CC <input checked="" type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		N.º de documento 31595022	
Fecha de Expedición 10121987	Municipio Expedición Buenaventura	Departamento Expedición Valle	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Primer nombre Mercy	Segundo nombre		
Primer apellido Rentetia	Segundo apellido Cuero		
Fecha nacimiento 16121968	Municipio nacimiento Buenaventura	Departamento nacimiento Valle	Nacionalidad Colombiana
Dirección de residencia Cl Pampalinda #40-16-14	Barrio / vereda de residencia Bellavista		
Municipio de residencia Buenaventura	Departamento de residencia Valle		
Telefono de residencia	Celular 3205928888	Salario integral	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Ocupación u oficio Auxiliar de Enfermeria	Ingreso mensual \$ 1.100.000	Es empleador	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Correo electrónico		Alto riesgo	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
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).			
Dirección de ubicación laboral Cl Pampalinda #40-16-14		Barrio/ vereda de ubicación laboral Bellavista	
Municipio de ubicación laboral Buenaventura	Departamento de ubicación laboral Valle	Telefono laboral 3205928888	

2. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		N.º de documento		DV	Código CIU
Naturaleza Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Razón social o nombre					
Dirección					
Barrio / vereda		Departamento		Municipio	
Teléfono		Celular		Ocupación u oficio	
Correo electrónico					

3. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Telefono	Celular	Correo electrónico		
Parentesco 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>					
Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Telefono	Celular	Correo electrónico		
Parentesco 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>					

4. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD Vinculación inicial <input type="checkbox"/> Traslado de régimen <input checked="" type="checkbox"/> Traslado de entidad diferente <input type="checkbox"/> Traslado por Pensión Familiar <input type="checkbox"/>	Ha cotizado mas de 150 semanas a las cajas o fondo del sector público Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Subsidiado Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Si marco Traslado indique "Entidad Actual" Colfondos		
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual?		
Entidad a donde desea trasladarse Colpensiones		
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 administrados por COLPENSIONES. Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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 <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

5. AFILIACIÓN A PENSIONES

"Hago constar que la selección de Régimen RPI la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a Colpensiones que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos."		DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.	
Firma del Afiliado o Solicitante <i>A/B/C x Rentetia</i>		Firma del Representante Legal o Persona Autorizada	



"Ven por tu FUTURO"