

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES**

*Insistencia letra*

COLPENSIONES - 2021-2879220

11/03/2021 02:24:21 PM

BUENAVENTURA

VALLE

AFILIACIONES

IMAGENES-2



CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN [WWW.COLPENSIONES.GOV.CO](http://WWW.COLPENSIONES.GOV.CO)

**ESPECÍFICO PARA LA ADMINISTRADORA**

REGIONAL	OFICINA
Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo comercial

**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 <input type="checkbox"/>	N.º de documento: 31595022	
Fecha de Expedición: 10121987	Municipio Expedición: Buenaventura	Departamento Expedición: Valle
Primer nombre: Mercedes	Segundo nombre:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Primer apellido: Rentería	Segundo apellido: Cuero	
Fecha nacimiento: 16121968	Municipio nacimiento: Buenaventura	Departamento nacimiento: Valle
Dirección de residencia: El Pampalinda #40-16-14	Barrio / vereda de residencia: Bellavista	Nacionalidad: Colombiana
Municipio de residencia: Buenaventura	Departamento de residencia: Valle	
Teléfono de residencia:	Celular: 3205928888	Salario integral: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Ocupación u oficio: Auxiliar de Enfermería	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: El Pampalinda #40-16-14	Barrio/vereda de ubicación laboral: Bellavista	
Municipio de ubicación laboral: Buenaventura	Departamento de ubicación laboral: Valle	Teléfono laboral: 3205928888

**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 <input type="checkbox"/>	N.º de documento:	DV:	Código CIU:
Naturaleza: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Razón social o nombre:			
Dirección:	Municipio:		
Barrio / vereda:	Departamento:	Sucursal:	
Teléfono:	Celular:	Ocupación u oficio:	
Correo electrónico:			

**DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS**

1. 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 <input type="checkbox"/>	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"/>	Teléfono:	Celular:
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"/>	Correo electrónico:	
2. 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 <input type="checkbox"/>	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"/>	Teléfono:	Celular:
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"/>	Correo electrónico:	

**DECLARACIÓN 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 más de 350 semanas a las cajas o fondos del sector público: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Subsidiado: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Si marcó Traslado indique: Entidad Actual: Colpensiones	Entidad a donde desea trasladarse: Colpensiones	
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?:	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"/>		

**DECLARACIÓN**

Hago constar que la selección de Régimen: RPR la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a Colpensiones para 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>Alfonso Rentería</i>	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA:
NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA:	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA:

"Ven por tu FUTURO"

