



COLFONDOS

COMPANIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y DE CESANTIAS S.A.

SOLICITUD DE VINCULACION
(VER INSTRUCCIONES AL RESPALDO 3º COPIA)

=18917676=

187.647

FECHA			No. 368172
AÑO	MES	DÍA	
94	12	23	

CIUDAD CARTAGENA CODIGO 13001	DEPARTAMENTO Bolívar	VINCULACION INICIAL <input checked="" type="checkbox"/>	TRaslADO DE AFP <input type="checkbox"/>	AFP ANTERIOR _____
		TRaslADO DE REGIMEN <input type="checkbox"/>	ENTIDAD ADMINISTRADORA ANTERIOR _____	

INFORMACION DEL TRABAJADOR										
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		T.I.	C.C.	C.E.	FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD	SEXO	
45478182			X		20	05	67	Colomb.	M	F
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
PEREZ		ARMONA			MARIA		BERNARDA			
DIRECCION RESIDENCIA		CIUDAD O MUNICIPIO			CODIGO	DEPARTAMENTO	TELEFONO			
Ceballos, Calle 1ra de las Flores #54-30		CARTAGENA			13001	Bolívar				
DIRECCION DE LUGAR DE TRABAJO		CIUDAD O MUNICIPIO			CODIGO	DEPARTAMENTO	TELEFONO			
Centro Calle de las Damas #3-110		CARTAGENA			13001	Bolívar	6600436			
ENVIO DE CORRESPONDENCIA										
RESIDENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	LUGAR DONDE TRABAJA	<input type="checkbox"/>	APARTADO AEREO	<input type="checkbox"/>	NUMERO _____				
TIPO DE TRABAJADOR						HA COTIZADO MAS DE 150 SEMANAS EN I.S.S. <input type="checkbox"/>				
DEPENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>				CUAL(ES): _____				

INFORMACION VINCULO LABORAL ACTUAL										
EMPLEADOR										
OCUPACION O CARGO ACTUAL				CODIGO	SALARIO O INGRESO MENSUAL			SALARIO INTEGRAL		
Trabajadores Social				2026	\$ 760.000			<input type="checkbox"/>		
NUMERO DE IDENTIFICACION		NIT.	C.C.	C.E.	NOMBRE O RAZON SOCIAL					
800165392-2		*			CORVILIENDA					
DIRECCION CORRESPONDENCIA EMPLEADOR		CIUDAD O MUNICIPIO			CODIGO	DEPARTAMENTO	TELEFONO			
Centro, Calle de las Damas #3-110		CARTAGENA			13001	Bolívar	6600436			

SI TIENE MAS DE UN (1) EMPLEADOR, FAVOR DILIGENCIE LOS DATOS EN UNA SOLICITUD ADICIONAL

INFORMACION BENEFICIARIOS										
APELLIDOS		NOMBRES		SEXO	NUMERO DE IDENTIFICACION		T.I./C.C.	FECHA DE NACIMIENTO	CODIGO PARENTESCO	CODIGOS PARENTESCO
ARMONA		ANA		M					03	01 CONYUGE
SOMARRA		WALTER		F					02	02 COMPAÑERO PERMANENTE
ROMAN		TRACY		F					04	03 PADRES
										04 HIJOS
										05 HIJOS INVALIDOS
										06 HERMANOS INVALIDOS

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

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.	VOLUNTAD DE SELECCION Y AFILIACION HAGO CONSTAR QUE LA SELECCION DEL REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD LA HE EFECTUADO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y SIN PRESIONES. MANIFIESTO QUE HE ELEGIDO A LA COMPANIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y DE CESANTIAS S.A. COLFONDOS PARA QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES Y QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS.
FIRMA Y NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL AFILIADO

IDENTIFICACION DEL EJECUTIVO DE CUENTA	NOMBRE DIRECTOR	ESPACIO PARA LA COMPANIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS S.A. COLFONDOS. SELLO Y FIRMA AUTORIZADA O DEL REPRESENTANTE LEGAL
SHIRLEY J. HOLGUIN	LUIS F. MAYA	
NOMBRES Y APELLIDOS C.C. 45510506		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.	OFICINA	CODIGO
	CARTAGENA	13001