

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA
GENERAL DE PENSIONES

Lasty - uehoro

COLPENSIONES - 2023-5095864
11/04/2023 02:06:43 PMCALI SUR
VALLE DEL CAUCA - CALI
AFILIACIONES
IMAGENES:2CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL

OFICINA

Ejecutivo comercial

Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input 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"/> ¿Cuál?		N° de documento 31965679	
Fecha de Expedición		Municipio Expedición	Departamento Expedición
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Primer nombre Nubia		Segundo nombre Francisca	
Primer apellido obando		Segundo apellido castaño	
Fecha nacimiento 13 09 1967		Municipio nacimiento Cali	Departamento nacimiento Valle
Nacionalidad Colombiana			
Dirección de residencia Cl 2 #37-124		Barrio / vereda de residencia Santa Isabel	
Municipio de residencia Cali		Departamento de residencia Valle	
Teléfono de residencia 6023750137		Celular 311 6405681	Salario integral Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Ocupación u oficio Empleada		Ingreso mensual \$ 6.003.000	Es empleador Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Correo electrónico nubia9@gmail.com		Alto riesgo Si <input type="checkbox"/> No <input 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 Av 6N #29 AN 49 OF 701		Barrio / vereda de ubicación laboral	
Municipio de ubicación laboral Cali		Departamento de ubicación laboral Valle	Teléfono laboral 6024869000

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento NIT <input checked="" 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"/> ¿Cuál?		N° de documento 860059265		CV 2	Código CIU
Naturaleza Pública <input type="checkbox"/> Privada <input checked="" type="checkbox"/>		Razón social o nombre Aon Risk Services Colombia			
Dirección Cl 11 #86 A53		Municipio Bogotá			
Barrio / vereda		Departamento Condina María		Sucursal	
Teléfono 6016391700		Celular	Ocupación u oficio		
Correo electrónico					

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Tipo de documento CC <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		N° de documento 16749652		Fecha de nacimiento	
Primer nombre James		Segundo nombre		Día 04 Mes 05 Año 1968	
Primer apellido Rio		Segundo apellido Montoya			
Nacionalidad Colombiano		Dirección de residencia Cl 2 #37-124		Departamento de residencia Valle	
Municipio de residencia Cali		Barrio / vereda de residencia Santa Isabel			
Sexo M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Teléfono 3176552530		Correo electrónico james.riom@hotmail.com	
Parentesco 1 <input checked="" 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"/> ¿Cuál?		N° 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		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"/>					

IV. 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 Pension Familiar <input type="checkbox"/>	Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Subsidiado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si marcó Traslado indique Entidad Actual Porvenir		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 BUSQUEDA, 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 cualquier tiempo en las centrales de datos y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieren a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social 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, ante la entidad proveedora de pensiones, 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, para la entidad proveedora de pensiones. 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"/>					

V. FIRMAS

Hago constar que la selección de Régimen Porvenir la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido a Colpensiones que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que recibe la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

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.

Nubia obando

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE

HUELLA AFILIADO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE
LEGAL O PERSONA AUTORIZADAFIRMA DEL REPRESENTANTE
LEGAL O PERSONA AUTORIZADA"Ven por tu
FUTURO"