

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES - 2022-17018039
18/11/2022 03:31:32 PM
LOS CALIS - EMCALI
VALLE DEL CAUCA - CALI
AFILIACIONES
IMAGENES:2



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

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL
Ejecutivo comercial

OFICINA

Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE ☐ INDEPENDIENTE ☒ FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRINTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento CC ☒ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N.º de documento 16.651.720

Fecha de Expedición 25051979 Municipio Expedición Departamento Expedición Sexo M ☐ F ☐

Primer nombre Victor Segundo nombre MARIO

Primer apellido Gonzalez Segundo apellido Hernandez

Fecha nacimiento 11121960 Municipio nacimiento 11-015-1960 Departamento nacimiento Tolima Nacionalidad Colombiana

Dirección de residencia Cra 37 # 138-96 Barrio / vereda de residencia El Dorado

Municipio de residencia Cali Departamento de residencia Valle

Teléfono de residencia Celular 32118329364 Salario integral Si ☐ No ☒

Ocupación u oficio Médico y cirujano Es empleador Si ☐ No ☒

Correo electrónico vcm65h@hotmail.com Alto riesgo Si ☐ No ☒

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 Cra 37 # BB-96 Barrio / vereda de ubicación laboral El Dorado

Municipio de ubicación laboral Cali Departamento de ubicación laboral Valle Teléfono laboral 3211833

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento NIT ☐ CC ☐ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N.º de documento DV Código CIU

Naturaleza Pública ☐ Privada ☐ Razón social o nombre Municipio

Dirección Sucursal

Barrio / vereda Departamento

Teléfono Celular Ocupación u oficio

Correo electrónico

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1 Tipo de documento CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N.º de documento Fecha de nacimiento

Primer nombre Segundo nombre

Primer apellido Segundo apellido

Nacionalidad Dirección de residencia

Municipio de residencia Barrio / vereda de residencia Departamento de residencia

Sexo M ☐ F ☐ Teléfono Celular Correo electrónico

Parentesco 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

2 Tipo de documento CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N.º de documento Fecha de nacimiento

Primer nombre Segundo nombre

Primer apellido Segundo apellido

Nacionalidad Dirección de residencia

Municipio de residencia Barrio / vereda de residencia Departamento de residencia

Sexo M ☐ F ☐ Teléfono Celular Correo electrónico

Parentesco 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD Vinculación inicial ☐ Traslado de régimen ☒ Traslado de entidad diferente ☐ Traslado por Pensión Familiar ☐ Ha cotizado más de 150 semanas Si ☐ No ☐ Subsidiado Si ☐ No ☐

Si marcó Traslado indique Entidad Actual Colfondos Entidad a donde desea trasladarse Colpensiones

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones Si ☐ No ☒ ¿Cuál?

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 cualquier tiempo en las centrales de riesgo 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 ☒ No ☐

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 ☒ No ☐

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. Si ☒ No ☐

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

V. FIRMAS

Hago constar que la selección de Régimen ☒ RPI 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 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: X Victor M. Gonzalez
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA: [Firma]

"Ven por tu FUTURO"

