

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA
GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES - 2023-18851708

20/11/2023 03:00:46 PM

CALI NORTE

VALLE DEL CAUCA - CALI

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

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 31459030

Fecha de Expedición 28/06/1985 Municipio Expedición Cali

Departamento Expedición Valle

Sexo M ☐ F ☒

Primer nombre Luz

Segundo nombre María del Socorro

Primer apellido Gil

Segundo apellido Gomez

Fecha nacimiento 21/02/1964 Municipio nacimiento Cali

Departamento nacimiento Valle

Nacionalidad Colombiana

Dirección de residencia Cra 4 Oeste 16-22

Barrio / vereda de residencia Bellavista

Municipio de residencia Cali

Departamento de residencia Valle

Teléfono de residencia

Celular 3155858998

Salario integral Si ☐ No ☒

Ocupación u oficio Docente

Ingreso mensual \$ 4.600.000

Es empleador Si ☐ No ☒

Correo electrónico lmdsgil@laolina.edu.co

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 Av novena norte N-56N-81

Barrio / vereda de ubicación laboral Menga

Municipio de ubicación laboral Cali

Departamento de ubicación laboral Valle

Teléfono laboral 3155858998

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento: NIT ☒ CC ☐ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

N.º de documento 890324022

DV 2 Código CIU

Naturaleza: Pública ☐ Privada ☒ Razón social o nombre Fundación cultural las castas

Dirección Av novena Norte N-56N-81

Municipio Cali

Barrio / vereda Menga

Departamento Valle

Sucursal

Teléfono

Celular 3155858998

Ocupación u oficio

Correo electrónico lmdsgil@laolina.edu.co

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

● Tipo de documento: CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

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 ☐ F ☐

Teléfono

Celular

Correo electrónico

Parentesco

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐● Tipo de documento: CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

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 ☐ 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 ☐

No cotizado más de 150 semanas

Si ☐ No ☐

Subsidiado

Si ☐ No ☐

Si marcó Traslado indique: Entidad Actual Colfundos

Entidad a donde desea trasladarse Colpensiones

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones Si ☐ No ☒ ¿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 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 cotizadas 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 ☒ FOM 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 ☒ Colpensiones que administro 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

HUELLA AFILIADO

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