

COLFONDOS
Pensiones y Cesantías

SOLICITUD DE VINCULACION O TRASLADO AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS

PERIODO DE COTIZACION

98 04

PRIMER PAGO

98 05

FECHA SUSCRIPCION

98 03 03

No. 0269978 486204

VINCULACION INICIAL ☐ TRASLADO REGIMEN ☐ TRASLADO APP ☒ ADMODORA ANTERIOR ☐ CIUDAD **MACOA**

DATOS DEL AFILIADO

NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD **32746357** TI. C.C. C.E. **Y** FECHA DE NACIMIENTO **71 04 06** NACIONALIDAD **COLOMBIANA** SEXO **Y** TIPO DE TRABAJADOR **DEP. INDE. Y**

PRIMER APELLIDO **RODRIGUEZ** SEGUNDO APELLIDO **LONGARAY** PRIMER NOMBRE **NURIS**

SEGUNDO NOMBRE **ROCIO** ENVIO DE CORRESPONDENCIA RES. ☒ LUGAR DE TRABAJO ☒ AA. ☐ No. ☐ DE ☐

DIRECCION RESIDENCIA **CL 3 No. 2-85**

CIUDAD DE RESIDENCIA **PTO LEGUIZAMO** DEPARTAMENTO **PUTUMAYO** TELEFONO **34291** ¿ESTA OBLIGADO A DECLARAR RENTA? SI ☐ NO ☒

DIRECCION DE LUGAR DE TRABAJO **CL 4 No. 2-120**

CIUDAD DE TRABAJO **PTO LEGUIZAMO** DEPARTAMENTO **PUTUMAYO** TELEFONO **34291** COD. ACTIVIDAD ECONOMICA

COTIZACION DE MAS DE 160 SEMANAS ☒ I.S.S. ☐ CAJAS ☐ CUANTAS SEMANAS ☐ CUAL (ES)

DATOS DEL VINCULO LABORAL

OCCUPACION O CARGO ACTUAL **ABONADO** SALARIO O INGRESO MENSUAL **204.000** SAL. INTEGRAL **SI** IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR **32746357** NIT. C.C. C.E. **Y**

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR **NURIS ROCIO RODRIGUEZ LONGARAY**

DIRECCION OFICINA PRINCIPAL EN SU CIUDAD **CL 4 No. 2-120**

CIUDAD O MUNICIPIO **PTO LEGUIZAMO** DEPARTAMENTO **PUTUMAYO** TELEFONO 1 **34291** TELEFONO 2

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

BENEFICIARIOS DE LA PENSION

APELLIDOS	NOMBRES	SEXO		NUMERO DE IDENTIFICACION	U.C.C./C.E.	FECHA DE NACIMIENTO			CODIGO PARENTESCO	CODIGOS PARENTESCO
		M	F			DIA	MES	AÑO		
MENESES RODRIGUEZ	CIUDY MEIZA		☒			29	11	83	SOB.	
RODRIGUEZ	CARMEN		☒			16	07	69	HER.	
LONGARAY DE RODRIGUEZ	FREDETILOA		☒						03.	

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

DURO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL AFILIADO INCLUIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

VOLUNTAD DE AFILIACION
HABO 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 COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS S.A. COLFONDOS PARA QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES Y QUE LOS DATOS AQUÍ REPORTADOS SON VERDADEROS.

ESPACIO PARA LA COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS S.A. COLFONDOS.

COLFONDOS S.A.
NIT. 861.745.454
SELLO Y FIRMA AUTORIZADA

NOMBRE DEL ASESOR **WIS 700 RAUTONA G.**
C.C. No. **3497012 MCA**

NOMBRE DEL DIRECTOR **David Ceballos**
C.C. No. **12135 004 MCA**

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR

FIRMA DEL TRABAJADOR

- COLFONDOS -