

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA  
GENERAL DE PENSIONESCOLPENSIONES - 2023-14267671  
24/08/2023 01:32:07 PM  
RIONEGR  
ANTIOQUIA - RIONEGR  
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 checked="" 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.º de documento 43.075.000	
Fecha de Expedición 10/12/1982		Municipio Expedición Medellín	Departamento Expedición Antioquia
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>			
Primer nombre Laura		Segundo nombre Carolina	
Primer apellido Mendoza		Segundo apellido Gonzalez	
Fecha nacimiento 02/08/1964		Municipio nacimiento Medellín	Departamento nacimiento Antioquia
Nacionalidad Colombia			
Dirección de residencia Parcelación la Sibana lote 32		Barrio / vereda de residencia La Cañabada la Maria	
Municipio de residencia El Retiro		Departamento de residencia Antioquia	
Teléfono de residencia 604 574 07 28		Celular 301 334 93 02	Salario integral SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Ocupación u oficio		Ingreso mensual \$ 3000.000	Es empleador SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Correo electrónico cara-mg@hotmail.com		Alto riesgo SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRONICOS: 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). SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Dirección de ubicación laboral Parcelación la Sibana lote 32		Barrio / vereda de ubicación laboral	
Municipio de ubicación laboral		Departamento de ubicación laboral	
		Teléfono laboral	

## II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento NIT <input 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.º de documento		CV	Código CIU
Naturaleza Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>		Razón social o nombre			
Dirección		Municipio			
Barrio / vereda		Departamento		Sucursal	
Teléfono		Celular		Ocupación u oficio	
Correo electrónico					

## III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

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.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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Teléfono		Celular	
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"/>		Correo electrónico			
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.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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Teléfono		Celular	
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"/>		Correo electrónico			

## 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 Pensión Familiar <input type="checkbox"/>		Ha cotizado más de 250 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 Profesión		Entidad a donde desea trasladarse Colpensiones			
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿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 <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, 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 <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 <input checked="" type="checkbox"/> y/o 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 el régimen 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 reciba 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.			
FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"

