

# FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES  
2014-166757  
09/01/2014 03:37:41 p.m.  
SOGAMOSO  
BOYACA - SOGAMOSO  
AFILIACIONES  
Nro Folios: 2  
D2014166757D10

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS		REGIONAL	OFICINA
DEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo Comercial

## I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

Tipo de documento	CC <input checked="" type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	N.º de documento	46360305	Fecha de nacimiento	Año 1965 Mes 01 Día 14
Primer apellido	CAMACHO	Segundo apellido	BARRERA		
Primer nombre	MARTHA	Segundo nombre	PATRICIA		
Municipio de nacimiento	SOGAMOSO	Departamento de nacimiento	BOYACA	Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Nacionalidad	COLOMBIANO	Dirección residencia	CALLE 13 F 13-64 AP 501	Ingreso mensual	\$ 2225.449
Municipio de residencia	SOGAMOSO	Barrio / vereda de residencia	CENTRO	Salario integral	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Departamento de residencia	BOYACA	Teléfono		Es empleador	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Ocupación u oficio	FUNCIONARIA PUBLICO	Celular	3144615953	Alto riesgo	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Correo electrónico	PATYDESARROLLO@YAHOO.COM				

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).

## II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento	CC <input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	N.º de documento	891855-130-1	DV	Código CIU
NATURALEZA	Pública <input checked="" type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>	Razón social o nombre	MUNICIPIO DE SOGAMOSO		
Dirección	EDIFICIO ADMINISTRATIVO PLAZA SEIS SEPTIEMBRE				
Barrio / vereda	CENTRO	Departamento	BOYACA	Municipio	SOGAMOSO
Teléfono	7702040 Ext. 117	Celular		Sucursal	
Correo electrónico	WWW.SOGAMOSO-BOYACA.GOV.CO				

## 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"/>	N.º de documento	1057589735	Fecha de nacimiento	Año 1992 Mes 05 Día 26
Primer apellido	PEDROZA	Segundo apellido	CAMACHO		
Primer nombre	LUCA	Segundo nombre	DAVID		
Nacionalidad	COLOMBIANO	Dirección de residencia	CALLE 13 F 13-64 AP 501		
Municipio de residencia	SOGAMOSO	Barrio / vereda de residencia	CENTRO	Departamento de residencia	BOYACA
Sexo	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono		Celular	3123495842
Parentesco	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Correo electrónico	NEEDFORLUCA@HOTMAIL.COM		

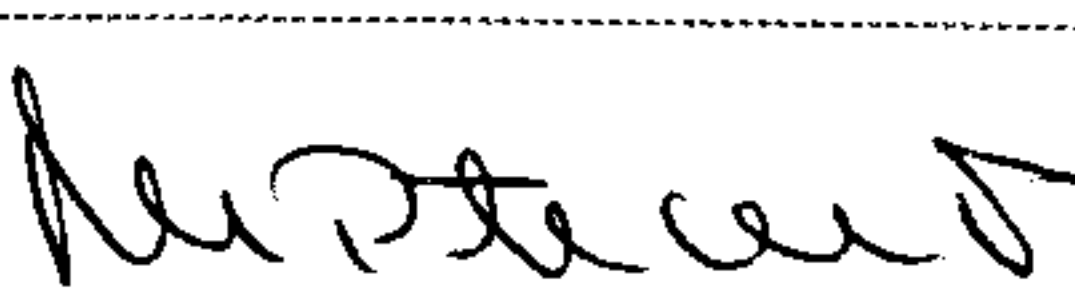
Tipo de documento	CC <input type="checkbox"/> TI <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>	N.º de documento	1054283536	Fecha de nacimiento	Año 2005 Mes 08 Día 16
Primer apellido	HERNANDEZ	Segundo apellido	CAMACHO		
Primer nombre	JUAN	Segundo nombre	PABLO		
Nacionalidad	COLOMBIANO	Dirección de residencia	CALLE 13 F 13-64 AP 501		
Municipio de residencia	SOGAMOSO	Barrio / vereda de residencia	CENTRO	Departamento de residencia	BOYACA
Sexo	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Teléfono		Celular	3144615953
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	PATYDESARROLLO@YAHOO.COM		

## 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"/> Vinculación laboral <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 a la administradora de pensiones anterior	Proteccion				
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	Código	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 e irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes esta tiene suscritos convenios con tal propósito, 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 refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. 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. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES.

## V. FIRMAS

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA AFILIADO	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
		ANGELA CARDOZO SUAREZ
		NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA
		FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"TU FUTURO LO CONSTRUIMOS ENTRE LOS DOS"

