

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA
GENERAL DE PENSIONESCOLPENSIONES - 2024-5897900
03/04/2024 09:54:33 AM
MONTERIA
CORDOBA - MONTERIA
AFILIACIONES
IMAGENES:5CONSULTE 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 IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento: CC ☒ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N.º de documento: 50848453

Fecha de Expedición: 21/03/1985 Municipio Expedición: CERETE Departamento Expedición: CORDOBA Sexo: M ☐ F ☒

Primer nombre: YOJAIRA Segundo nombre: LUZ

Primer apellido: MEDINA Segundo apellido: REINO

Fecha nacimiento: 27/10/1966 Municipio nacimiento: CERETE Departamento nacimiento: CORDOBA Nacionalidad: Colombiana

Dirección de residencia: CRA 12 #8-06 Barrio / vereda de residencia: CENTRO

Municipio de residencia: CERETE Departamento de residencia: CORDOBA

Teléfono de residencia: Celular: 310 503 7720 Salario integral: Si ☐ No ☒

Ocupación u oficio: ADMINISTRADORA POUTA Ingreso mensual \$ 1.800.000 Es empleador: Si ☐ No ☒

Correo electrónico: 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). Si ☒ No ☐

Dirección de ubicación laboral: CR 15 #9-03 ESQUINA Barrio/vereda de ubicación laboral: Teléfono laboral: 604 785 6914

Municipio de ubicación laboral: CERETE Departamento de ubicación laboral: CORDOBA

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento: NIT ☒ CC ☐ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N.º de documento: 892300678-7 DV Código CIU

Naturaleza: Pública ☐ Privada ☒ Razón social o nombre: ETICOS SERRANO GOMEZ LTDA

Dirección: CR 15 #9-03 ESQUINA Municipio: CERETE

Barrio / vereda: CENTRO Departamento: CORDOBA Sucursal:

Teléfono: 604 785 6914 Celular: Ocupación u oficio: ADMINISTRADORA POUTA

Correo electrónico: jbuspos2eticos.com

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

Primer nombre: Segundo nombre: Primer apellido: Segundo apellido: Nacionalidad: Dirección 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: Día Mes Año

Primer nombre: Segundo nombre: Primer apellido: Segundo apellido: Nacionalidad: Dirección 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 a las cajas o fondos del sector público: Si ☐ No ☒ Subsidiado: Si ☐ No ☒

Si marcó Traslado Indique: Entidad Actual: COLFONDOS S.A. 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 que 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 ☐

V. FIRMAS

Hago constar que la selección de Régimen ☒ PML ha sido efectuada 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: FUELLA AFILIADO:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA: GUSTAVO BISMA GARCIA FIRMADO POR REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA:

“Ven por tu FUTURO”