



# FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES  
2019-11330598  
22/08/2019 03:29:00 PM  
CALI CENTRO  
VALLE DEL CAUCA - CALI  
AFILIACIONES  
IMAGENES:2  
0201911330598GRD

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

## I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

Tipo de documento	CC <input checked="" type="radio"/> CD <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/>	N.º de documento	66 817 329	Fecha de nacimiento	Año 1969 Mes 11 Día 23
Primer apellido	Barona	Segundo apellido	Salazar		
Primer nombre	Martha	Segundo nombre	Lucía		
Municipio de nacimiento	cau	Departamento de nacimiento	valle del cauca	Sexo:	M <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/>
Nacionalidad	colombiana	Dirección residencia	el 34 #94-39 CS D-2	Ingreso mensual	\$ 5400000
Municipio de residencia	cau	Barrio / vereda de residencia	Reserva de la	Salario integral	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Departamento de residencia	valle del cauca	Teléfono	5512712	Es empleador	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Ocupación u oficio	cente de cuenta	Celular	3006124610	Alto riesgo	Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Correo electrónico					

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 DE EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento	CC <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> TI <input type="radio"/>	N.º de documento	DV	Código CIIU
NATURALEZA	Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/>	Razón social o nombre		
Dirección		Municipio		
Barrio / vereda		Departamento		Sucursal
Teléfono	Celular	Correo electrónico		

## III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

● Tipo de documento	CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> RC <input type="radio"/>	N.º de documento	Fecha de nacimiento
Primer apellido		Segundo apellido	Año Mes Día
Primer nombre		Segundo nombre	
Nacionalidad		Dirección de residencia	
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia
Sexo	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Teléfono	Celular
Parentesco	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>	Correo electrónico	

● Tipo de documento	CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> RC <input type="radio"/>	N.º de documento	Fecha de nacimiento
Primer apellido		Segundo apellido	Año Mes Día
Primer nombre		Segundo nombre	
Nacionalidad		Dirección de residencia	
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia
Sexo	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Teléfono	Celular
Parentesco	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>	Correo electrónico	

## IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD	Vinculación inicial <input type="radio"/> Traslado de régimen <input checked="" type="radio"/> Traslado de entidad diferente <input type="radio"/> Vinculación laboral <input type="radio"/>	Ha cotizado más de 150 semanas a los cajas o fondos del sector público	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Subsidiado	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Si marcó traslado indique a la administradora de pensiones anterior	Porvenir S.A	Código		Tarifa con la que debe cotizar	%
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuál?			

3. 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, actualización, recolección y uso en cualquier término 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. 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 contenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES.

## V. FIRMAS

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA
----------------------------------	--	--

"Ven por tu futuro"

