

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA
GENERAL DE PENSIONESCOLPENSIONES - 2023_19666478
06/12/2023 09:13:51 AM
CALI NORTE
VALLE DEL CAUCA - CALI
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="radio"/> INDEPENDIENTE <input checked="" type="radio"/>	FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS		
Tipo de documento: CC <input checked="" type="radio"/> CD <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?		N.º de documento 66 817 329	
Fecha de Expedición 31/01/1989		Municipio Expedición cali	Departamento Expedición
Sexo M <input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/>			
Primer nombre Martha		Segundo nombre Cecilia	
Primer apellido Parona		Segundo apellido Salazar	
Fecha nacimiento 23/11/1969		Municipio nacimiento cali	Departamento nacimiento Valle
Nacionalidad Ecuatoriana			
Dirección de residencia Cra 54 # 1A-60 T 904		Barrio / vereda de residencia El coliseo	
Municipio de residencia cali		Departamento de residencia Valle del Cauca	
Teléfono de residencia 60215513071		Celular 3006124610	Salario integral SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>
Ocupación u oficio Director Comercial		Ingreso mensual \$ 4.000.000	Es empleador SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Correo electrónico m.parona@hotmail.com		Alto riesgo SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
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 <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
Dirección de ubicación laboral		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="radio"/> CC <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?		N.º de documento		DV	Código CIU
Naturaleza Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/>		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="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿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="radio"/> F <input type="radio"/>	Telefono	Celular	Correo electrónico			
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"/>						
Tipo de documento: CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿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="radio"/> F <input type="radio"/>	Telefono	Celular	Correo electrónico			
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"/>						

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"/> Traslado por Pensión Familiar <input type="radio"/>		a las 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 Entidad Actual AFP PORVENIR S.A.		Entidad a donde desea trasladarse	
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿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 refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
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 type="radio"/> No <input type="radio"/>			
3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			

V. FIRMAS

Hago constar que la selección de Régimen la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he solicitado una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido a 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		FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	
HUELLA AFILIADO		FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA		FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	

"Ven por tu FUTURO"