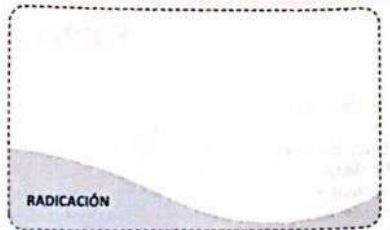


FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES



ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL Occidente OFICINA Palmira
Ejecutivo comercial Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE ☐ INDEPENDIENTE ☒ FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRINTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento CC ☒ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ ¿Cuál? N.º de documento 1113662896

Fecha de Expedición 01072011 Municipio Expedición Palmira Departamento Expedición Valle Sexo M ☐ F ☐

Primer nombre Lina Segundo nombre Marcela
Primer apellido Mejía Segundo apellido Alvarez

Fecha nacimiento 15051993 Municipio nacimiento Palmira Departamento nacimiento Valle Nacionalidad Colombiana

Dirección de residencia Cl 29 # 21-63 Barrio / vereda de residencia Trinidad
Municipio de residencia Palmira Departamento de residencia Valle

Teléfono de residencia Celular 302 381 8407 Salario integral Si ☐ No ☒
Ocupación u oficio Oficios varios Ingreso mensual \$ 908.526 Es empleador Si ☐ No ☒
Correo electrónico linamarcela.mejiaalvarez@hotmail.com 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 medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil). Si ☒ No ☐

Dirección de ubicación laboral Cl 29 # 21-63 Barrio / vereda de ubicación laboral Trinidad
Municipio de ubicación laboral Palmira Departamento de ubicación laboral Valle Teléfono laboral 302 381 8407

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

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

Naturaleza Publica ☐ Privada ☐ Razón social o nombre

Dirección Municipio

Barrio / vereda Departamento Sucursal

Teléfono Celular Ocupación u oficio

Correo electrónico

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1. Tipo de documento CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿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 ☐ 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

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 ☐ 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 ☒ Subsidio Si ☐ No ☒

Si marcó Traslado indique Entidad Actual Entidad a donde desea trasladarse

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 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 datos 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 TPM 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 he elegido Colpensiones para 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"