REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ibarra	Pacheco	Maria	Camila

2. TIPO DOCUMENTO	CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	PE	AS	PT
					X							

3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.042.457.575 | RÉGIMEN: C | 4. SEXO: X M | N/D | 5. FECHA NACIMIENTO: 19 11 97

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN | MS | RC | TI | X | CE | SC | PA | CD | PE | AS | PT

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CAJA DE COMPENSACIÓN	TELÉFONO	
Soledad	Atlantico			
TELÉFONO MÓVIL (1)	**TELÉFONO MÓVIL (2)**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**CÓDIGO IPS**	**IPS ODONTOLÓGICA**
3007347169		maryibarra1911@hotmail.com		

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO.

33. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Maria Camila Ibarra Pacheco	X CC CE PA CD NIT PE	1.042.457.575		

34. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	SECTOR DEL APORTANTE
Cra 17 # 26-04 Casa A Sol real	Soledad	Atlantico	

TELÉFONO FIJO - EXT.	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL				CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO
1-03-2023	01	03	2023	Independiente	1.160.000

IV. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
Maria C. Ibarra.	

VIGILADO SUPERSALUD

REINGRESOS

Powered by CamScanner

porvenir

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit. 800.144.331-3

N°22920214

22920214

R 4233 AA | Ciudad Bogotá | Fecha de Solicitud de Afiliación 20 AA MM DD

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir.
Pensiones Obligatorias ✓

Traslado de AFP
Pensiones Obligatorias (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar
Entidad Destino

Traslado de Régimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento C.C ✓ T.I C.E PAS R.C C.D | Nº de Documento de Identidad 1042457575 | Fecha de Expedición del Documento de Identidad 20 16 MM 12 | Lugar de Expedición Soledad | Género M F ✓ | Es Pensionado (Jubilado) SI NO ✓

Primer Apellido: Ibarra | Segundo Apellido: Pacheco | Primer Nombre: Maria | Otros Nombres: Camila

Fecha de Nacimiento: 1997 11 09 | Lugar de Nacimiento: Soledad | Nacionalidad Colombiana ✓ | Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Cr 17 # 26-04 Casa A | Barrio: Bol Real | Ciudad/Municipio: Soledad

Departamento: Atlantico | Nº. de Teléfono Fijo | Nº. de Teléfono celular: 3008471169

Autorización de envío de información a través de medios electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI ✓ NO

Dirección de Correo Electrónico (e-mail): maryibarra1911@hotmail.com

Dirección Laboral | Ciudad | Departamento | Nº. de Teléfono

4. Datos Empleador e información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento NIT C.C C.E PAS T.I | Nº de Documento de Identidad | Nombre y/o Razón Social

Ciudad | Dirección Empleador | Departamento | Teléfono(s)

Ocupación o Cargo Actual: Independiente | Salario o Ingreso Mensual $ 1160000 | y/o Salario Integral $

Envío de Notificación | Sucursal Principal | Sucursal Ciudad ✓ | Tipo de Trabajador | Independiente Contratista ✓ | Dependiente | Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F			AAAA MM DD	
	M F			AAAA MM DD	
	M F			AAAA MM DD	
	M F			AAAA MM DD	

"Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido" "Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes."

6. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y coticé 150 semanas | Tengo Derecho al Bono Pensional SI NO

Entidad en la cuál se realizó la cotización:

7. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la Vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley.

- Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.

8. Término de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones te notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer tu facultad de retracto, (Decreto 1813 de 2020).

9. Voluntad de Selección y Afiliación

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

Hago constar que la selección del Régimen de _____ la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones.
Manifiesto que he elegido a _____ para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

María C. Ibarra

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

10. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor:
No. de Identificación del promotor:
Firma del promotor:

Firma autorizada del Representante Legal

Powered by CamScanner