

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA
GENERAL DE PENSIONESCOLPENSIONES
2025 455841
15/01/2025 1:04:07 p. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01

2025455841

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL	OFICINA
Ejecutivo comercial	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 1010232118	
Fecha de Expedición 24 02 2015		Municipio Expedición	
Primer nombre FEDERICO		Segundo nombre ANDRES	
Primer apellido CHAPARRO		Segundo apellido GALARZA	
Fecha nacimiento 22 02 1997		Municipio nacimiento CALI	
Departamento nacimiento VALLE DEL C		Nacionalidad COLOMBIA	
Dirección de residencia KR 33 10 10		Barrio / vereda de residencia ALAMOS	
Municipio de residencia PEREIRA		Departamento de residencia RISARALDA	
Teléfono de residencia		Celular 3217614027	
Ocupación u oficio Filósofos, historiadores y especialistas		Ingreso mensual \$ 4.438,000	
Correo electrónico FEDERICOCHG@GMAIL.COM		Salario integral 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).		Es empleador SI ☐ No ☒	
Dirección de ubicación laboral		Alto riesgo SI ☐ No ☒	
Municipio de ubicación laboral		Barrio/ vereda de ubicación laboral	
Departamento de ubicación laboral		Teléfono laboral	

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 Pública ☐ Privada ☐		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 ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿Cuál?		N.º de documento		Fecha de nacimiento	
Primer nombre		Segundo nombre		Día D D Mes M M Año A A A A	
Primer apellido		Segundo apellido			
Nacionalidad		Dirección de residencia			
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia		Departamento de residencia	
Sexo M ☐ F ☐		Teléfono		Celular	
Parentesco 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐		Correo electrónico			
Tipo de documento CC ☒ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿Cuál?		N.º de documento		Fecha de nacimiento	
Primer nombre		Segundo nombre		Día D D Mes M M Año A A A A	
Primer apellido		Segundo apellido			
Nacionalidad		Dirección de residencia			
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia		Departamento de residencia	
Sexo M ☐ F ☐		Teléfono		Celular	
Parentesco 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐		Correo electrónico			

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 PROTECCIÓN		Entidad a donde desea trasladarse COLPENSIONES		Tarifa con la que debe cotizar %	
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones SI ☐ No ☐ ¿Cuál?					

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 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 RPM — 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 que he elegido a 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.			
FEDERICO ANDRES CHAPARRO GALARZA CC. 1010232118 Documento firmado electrónicamente		FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	
FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE		HUELLA AFILIADO	

ADI-GAF-FML-001_V4

"Ven por tu
FUTURO"