Colpensiones
NIT: 900.336.004-7

# FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES
2025_5672189
19/03/2025 6:12:41 p. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01

*20255672189*

## ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL | OFICINA
Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo comercial

## I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE (X) INDEPENDIENTE ( )

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento: CC (X) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento: 1040034949
Fecha de Expedición: 05 11 2024 | Municipio Expedición | Departamento Expedición | Sexo M (X) F ( )
Primer nombre: CARLOS | Segundo nombre: ANDRES
Primer apellido: LOPEZ | Segundo apellido: PALACIO
Fecha nacimiento: 04 11 2006 | Municipio nacimiento: LA CEJA | Departamento nacimiento: ANTIOQUIA | Nacionalidad: COLOMBIA
Dirección de residencia: VRD GUAYAQUIL | Barrio / vereda de residencia: VEREDA
Municipio de residencia: ABEJORRAL | Departamento de residencia: ANTIOQUIA
Teléfono de residencia | Celular: 3133447268 | Salario integral: SI (X) NO ( )
Ocupación u oficio: Operadores de maquinaria agrícola y fo | Ingreso mensual $: 1,423,500 | Es empleador: SI ( ) NO (X)
Correo electrónico: CARLOSANDRESLOPEZPALACIO88@GMAIL.COM | Alto riesgo: SI ( ) NO (X)
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 (X) NO ( )
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 (X) CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento: 900470729 | DV: 0 | Código CIIU
Naturaleza: Pública ( ) Privada (X) | Razón social o nombre: VIAS DE ORIENTE S.A.S.
Dirección: CL 7B 8 21 | Municipio: LA UNION
Barrio / vereda | Departamento: ANTIOQUIA | Sucursal
Teléfono: 5563419 | Celular | Ocupación u oficio
Correo electrónico: CTANUEVOMILENIO@HOTMAIL.COM

## III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1 Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento | Fecha de nacimiento (Día Mes Año)
Primer nombre | Segundo nombre
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 (Día Mes Año)
Primer nombre | Segundo nombre
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 (X) Traslado de régimen ( ) Traslado de entidad diferente ( ) Traslado por Pensión Familiar ( ) | Re-afiliado (más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público) SI ( ) NO ( ) | Subsidiado 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 riesgo o 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 (X) 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 (X) NO ( )
3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES. SI (X) NO ( )

cadena

## V. FIRMAS

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.

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.

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 |
|---|---|---|---|
| CARLOS ANDRES LOPEZ PALACIO<br>CC. 1040034949<br>Documento firmado electrónicamente | | | |

"Ven por tu FUTURO"

ADI-GAF-FML-001_V4

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SEGÚN RADICACIÓN No. 20171306481-012-000 DEL 23-04-2018

BOGOTA, D.C., 19 de Marzo de 2025 2025_5672189-44230433

Señor (a):
CARLOS ANDRES LOPEZ PALACIO
CARLOSANDRESLOPEZPALACIO88@GMAIL.COM
ABEJORRAL - ANTIOQUIA

Referencia: Radicado No. 2025_5672189 del 19 de Marzo de 2025
Ciudadano: CARLOS ANDRES LOPEZ PALACIO
Identificación: C.C. 1040034949
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, ha sido aceptada.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

| Tipo de documento | Cantidad folios |
|---|---|
| Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones. | 1 |

Cordialmente,

LUZ ADRIANA LOIZA SANDOVAL
Profesional Máster 320-08 con asignación de funciones de Director de Atención y Servicio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Colpensiones
Sede Principal: Carrera 7 No. 74 – 21, Bogotá D.C., Colombia
Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 – 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 489 0909 Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300