

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA
GENERAL DE PENSIONESCOLPENSIONES
2026 3491120
20/02/2026 11:26:51 a. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01

20263491120

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	1002496520	
Fecha de Expedición 18 11 2020	Municipio Expedición	Departamento Expedición	Sexo M ☐ F ☒
Primer nombre LAURA	Segundo nombre	VANESSA	
Primer apellido PIÑEREZ	Segundo apellido	DE LA OSSA	
Fecha nacimiento 08 03 2002	Municipio nacimiento	Departamento nacimiento	Nacionalidad
MAGANGUE	BOLIVAR	COLOMBIA	
Dirección de residencia CL 16 12 46	Barrio / vereda de residencia	RISARALDA	
Municipio de residencia MONTERIA	Departamento de residencia	CORDOBA	
Teléfono de residencia	Celular	3024312370	
Ocupación u oficio	Ingreso mensual \$	1,750,905	
Profesionales del trabajo social y conse			
Correo electrónico LAURAPINERESDELAOSSA@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 ☒	
	Alto riesgo	SI ☐ 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 ☒ CC ☐ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	N.º de documento	DV 0	Código CIU
Naturaleza Pública ☐ Privada ☒	Razón social o nombre		
KM 3 VI PLANETA RICA	CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026		
Dirección	Departamento	Municipio	
Barrio / vereda	CORDOBA	MONTERIA	
Teléfono 3105036486	Celular	Ocupación u oficio	
Correo electrónico consorciocondobaalimenta2026@gmail.com			

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 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	
2 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	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 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 COLPENS 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.	
LAURA VANESSA PIÑEREZ DE LA OSSA CC. 1002496520 FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE		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. NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	

ADI-GAF-FML-001_V4

"Ven por tu
FUTURO"