Colpensiones
NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES
2026_622950
14/01/2026 1:53:49 p. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01

2026622950

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL	OFICINA
Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE ( ) INDEPENDIENTE (X) — 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	1007622282		
Fecha de Expedición	06 07 2021	Municipio Expedición		Departamento Expedición	Sexo M ( ) F (X)
Primer nombre	ANDREA	Segundo nombre			
Primer apellido	DEL RIO	Segundo apellido	ARANGO		
Fecha nacimiento	27 06 2003	Municipio nacimiento	ABEJORRAL	Departamento nacimiento ANTIOQUIA	Nacionalidad COLOMBIA
Dirección de residencia	KR 49 52 50	Barrio / vereda de residencia	CHACHAFRUTO		
Municipio de residencia	ABEJORRAL	Departamento de residencia	ANTIOQUIA		
Teléfono de residencia		Celular	3217864932	Salario integral	Sí ( ) No (X)
Ocupación u oficio	Otros profesionales de la salud no clas	Ingreso mensual $	1,750,950	Es empleador	Sí ( ) No (X)
Correo electrónico	ANDREA270603@HOTMAIL.COM			Alto riesgo	Sí ( ) 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). Sí (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 ( ) CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál?	N.º de documento		DV	Código CIIU
Naturaleza	Pública ( ) 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	Día D D Mes M M Año A A A A
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 D D Mes M M Año A A A A
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 ( ) — 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, busqueda, 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 refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. Sí (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. Sí (X) No ( )

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES. Sí (X) No ( )

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.

ANDREA DEL RIO ARANGO CC. 1007622282 Documento firmado electrónicamente			
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"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SEGÚN RADICACIÓN No. 2017153646-012-000 DEL 23-04-2018.
cadena 2707202..2870