

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA
GENERAL DE PENSIONES

RADICACIÓN

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 1004682545	
Fecha de Expedición 16/12/2019		Municipio Expedición Bogotá, D.C.	Departamento Expedición Bogotá, D.C.
Sexo M ☒ F ☐			
Primer nombre Cesar		Segundo nombre Danilo	
Primer apellido Giraldo		Segundo apellido Ramirez	
Fecha nacimiento 10/12/2001		Municipio nacimiento Pereira	Departamento nacimiento Risaralda
Nacionalidad Colombiano			
Dirección de residencia Calle 10 # 4-60		Barrio / vereda de residencia Colmena II	
Municipio de residencia Soacha		Departamento de residencia Cundinamarca	
Teléfono de residencia		Celular 3197012540	Salario integral Si ☐ No ☒
Ocupación u oficio Enfermero		Ingreso mensual \$ 0.	Es empleador Si ☐ No ☒
Correo electrónico ydenilo379@gmail.com			Alto riesgo 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). Si ☒ No ☐			
Dirección de ubicación laboral Cra 24C # 54-475		Barrio / vereda de ubicación laboral Tunjuelito	
Municipio de ubicación laboral Bogotá, D.C.		Departamento de ubicación laboral Bogotá, D.C.	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

1. Tipo de documento CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ ¿Cuál?		N.º de documento		Fecha de nacimiento	
Primer nombre		Segundo nombre		Día	Mes
Primer apellido		Segundo apellido		Año	
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	
Primer nombre		Segundo nombre		Día	Mes
Primer apellido		Segundo apellido		Año	
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 ☒	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?			
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 administrados por COLPENSIONES. Si ☒ No ☐					Tarifa con la que debe cotizar %
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 RPPM 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.			
FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA ATRIBUIDA	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"

