Colpensiones

NIT: 900.336.004-7

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 (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	1.004.356.722
Fecha de Expedición	26 02 2020	Municipio Expedición	SANTA MARTA
Departamento Expedición	MAGDALENA	Sexo	M ( ) F (X)
Primer nombre	SARAY	Segundo nombre	DE JESUS
Primer apellido	LOPEZ	Segundo apellido	ESTRELLA
Fecha nacimiento	23 02 2002	Municipio nacimiento	SANTA MARTA
Departamento nacimiento	MAGDALENA	Nacionalidad	COLOMBIANA
Dirección de residencia	KRA 17A # 31-30	Barrio / vereda de residencia	LAS AMERICAS
Municipio de residencia	SANTA MARTA	Departamento de residencia	MAGDALENA
Teléfono de residencia		Celular	3019985042
Salario integral	SI ( ) NO (X)		
Ocupación u oficio	ENFERMERA	Ingreso mensual $	1.750.905
Es empleador	SI ( ) NO (X)		
Correo electrónico	saraylopezgabriel@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	KRA 17A # 31-30	Barrio/ vereda de ubicación laboral	LAS AMERICAS
Municipio de ubicación laboral	SANTA MARTA	Departamento de ubicación laboral	MAGDALENA
Teléfono laboral	301.7985042		

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

❶ 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 ( )		

❷ 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 ( ) NB ( )	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 (X) Subsidiado: SI ( ) NO (X)

Si marcó Traslado indique: Entidad Actual _____ Entidad a donde desea trasladarse _____

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones: SI ( ) NO (X) ¿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 y 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 sólo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. SI (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.

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA
Saray Lopez			

"Ven por tu FUTURO"

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SEGÚN RADICACIÓN No. 2017133648-012-000 DEL 23-04-2018.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cadena. 20/10/2023_07:01

ADI-GAF-FML-001_V4