COLPENSIONES
2026_12778671
04/08/2026 3:26:34 p. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01

202612778671

Colpensiones
NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

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	1141319210
Fecha de Expedición	28 (D D) 01 (M M) 2026 (A A A A)	Municipio Expedición	Departamento Expedición — Sexo M ( ) F (X)
Primer nombre	NICOL	Segundo nombre	SOFIA
Primer apellido	VILLAFRADE	Segundo apellido	CABALLERO
Fecha nacimiento	19 (D D) 01 (M M) 2008 (A A A A)	Municipio nacimiento: BOGOTA, D.C.	Departamento nacimiento: BOGOTA D.C — Nacionalidad: COLOMBIA
Dirección de residencia	CL 38 SUR 24 B 185 SUR AP 202 TO 3	Barrio / vereda de residencia	CIUDAD VERDE
Municipio de residencia	SOACHA	Departamento de residencia	CUNDINAMARCA
Teléfono de residencia		Celular	3011826495 — Salario integral Sí (X) No ( )
Ocupación u oficio	Otro personal de apoyo administrativo	Ingreso mensual $	1,800,000 — Es empleador Sí ( ) No (X)
Correo electrónico	NICOLVILLAFRADE@GMAIL.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.

NICOL SOFIA VILLAFRADE CABALLERO CC. 1141319210			
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

ADI-GAF-FML-001_V4