

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA
GENERAL DE PENSIONES**

COLPENSIONES
2021 3316144
18/03/2021 3:59:14 p. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01



20213316144

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 ☐ Cual ☐	N.º de documento	1022400620
Fecha de Expedición	DD MM AAAA	Municipio Expedición	Departamento Expedición
Primer nombre	LINAMAYERLI	Segundo nombre	
Primer apellido	GUZMAN	Segundo apellido	JAIMES
Fecha nacimiento	25 01 1995	Municipio nacimiento	BOGOTA, D.C.
Departamento nacimiento	BOGOTA D.C.	Nacionalidad	COLOMBIA
Dirección de residencia	KR 39A BIS N 29A 55 SUR	Barrio / vereda de residencia	la guaca
Estado/Ciudad de residencia	BOGOTA, D.C.	País de residencia	BOGOTA D.C.
Teléfono de residencia		Celular	3144212170
Ocupación u oficio	Auxiliares de enfermería y odontología	Ingreso mensual \$	1,100,000
Correo electrónico	MAYEJAIMES0@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 ☐
Dirección de ubicación laboral		Alto riesgo	SI ☒ No ☐
Municipio de ubicación laboral	Departamento de ubicación laboral	Barrio/ vereda de ubicación laboral	Teléfono laboral

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento	NIT ☐ CC ☐ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ Cual ☐	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 ☐ Cual ☐	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	
Estado/ciudad de residencia		Barrio / vereda de residencia	País de residencia
Sexo	M ☐ F ☐	Teléfono	Correo electrónico
Parentesco	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐		
2 Tipo de documento	CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐ Otro ☐ Cual ☐	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	
Estado/ciudad de residencia		Barrio / vereda de residencia	País de residencia
Sexo	M ☐ F ☐	Teléfono	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 130 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 y 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 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. Manifiesto 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.	
LINAMAYERLI GUZMAN JAIMES CC. 1022400620 Documento firmado electrónicamente	HUELLA AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"

