

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 _____

Fecha de Expedición: [D][D][M][M][A][A][A][A] Municipio Expedición _____ Departamento Expedición _____ Sexo M F

Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Primer apellido _____ Segundo apellido _____

Fecha nacimiento: [D][D][M][M][A][A][A][A] Municipio nacimiento _____ Departamento nacimiento _____ Nacionalidad _____

Dirección de residencia _____ Barrio / vereda de residencia _____

Municipio de residencia _____ Departamento de residencia _____

Teléfono de residencia _____ Celular _____ Salario integral Sí No

Ocupación u oficio _____ Ingreso mensual \$ _____ Es empleador Sí No

Correo electrónico _____ Alto riesgo Sí 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). Sí 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 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 [D][D] Mes [M][M] Año [A][A][A][A]

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 _____

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Día [D][D] Mes [M][M] Año [A][A][A][A]

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 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 Sí No Subsidiado Sí No

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

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones Sí 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 refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. Sí 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 No

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES. Sí 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 _____ 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 _____ 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 _____

"Ven por tu FUTURO"



FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

ESTE FORMULARIO NO TIENE NINGÚN COSTO

Señor ciudadano bienvenido a COLPENSIONES. Para registrar su afiliación al Sistema General de Pensiones proceda a diligenciar este formulario, el cual no requiere anexos para su presentación. Diligencie el formulario en letra mayúscula e imprenta legible y clara, sin borrones, ni tachones y en lo posible en tinta negra, sin salirse de los recuadros.

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

IMPORTANTE: CAMPOS DE USO EXCLUSIVO DE COLPENSIONES

- **Regional:** Hace referencia a la regional donde corresponde la afiliación.
- **Oficina:** Punto de atención donde corresponde la afiliación.
- **Ejecutivo comercial:** Funcionario de COLPENSIONES encargado de realizar la gestión comercial ante los empleadores y terceros.
- **Doc. Ejecutivo comercial:** Hace referencia al documento de identidad del Ejecutivo comercial.

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

CAMPOS A DILIGENCIAR POR EL SOLICITANTE:

- Llene la casilla de acuerdo a la modalidad que pertenece, Trabajador Dependiente o Trabajador Independiente.
- **Tipo de documento:** Llene la casilla que corresponda así: CC si es cédula de ciudadanía, CD Carné Diplomático, TI si es tarjeta de identidad, CE si es cédula de extranjería, PA si es pasaporte, u Otro si se trata de otro tipo de documento de identidad, ejemplo: PEP - Permiso especial de permanencia.
- **Nº documento:** Escriba el número de identificación completo.
- **Fecha de Expedición del documento de identidad:** Escriba la fecha de expedición de su documento según el orden establecido en las casillas DD-MM-AAAA.
- **Municipio de Expedición:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio de expedición de su documento de identidad.
- **Departamento de Expedición:** Escriba el nombre del departamento de expedición de su documento de identidad.
- **Sexo:** Llene la casilla correspondiente M= masculino o F= femenino.
- **Primer nombre:** Escriba el primer nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo nombre:** Escriba el segundo nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Primer apellido:** Escriba el primer apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo apellido:** Escriba el segundo apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento, según el orden establecido en las casillas DD-MM-AAAA.
- **Municipio de nacimiento:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio de nacimiento.
- **Departamento de nacimiento:** Escriba el nombre del departamento de nacimiento.
- **Nacionalidad:** Escriba la nacionalidad a la cual pertenece.
- **Dirección de residencia:** Escriba la dirección de la residencia en forma completa.
- **Barrio / vereda de residencia:** Escriba el nombre del barrio o vereda donde reside.
- **Municipio de residencia:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde reside.
- **Departamento de residencia:** Escriba el nombre del departamento donde reside.
- **Teléfono de residencia:** Escriba en esta casilla el número telefónico de la residencia incluyendo los 3 números del indicativo departamental.
- **Celular:** Indique su número de celular donde puede ser localizado.
- **Salario integral:** Indique sí o no el ingreso percibido corresponde a un salario integral.
- **Ocupación u oficio:** Escriba la ocupación u oficio que desempeña.
- **Ingreso mensual \$:** Escriba su ingreso mensual sin puntos, comas, ni decimales.
- **Es empleador:** Llene la casilla si tiene o no empleados a su cargo.
- **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico personal.
- **Alto Riesgo:** Indique si la actividad que desarrolla está catalogada como de alto riesgo.
- **AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para 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, mensaje móvil):** Indique si autoriza a COLPENSIONES para que se le envíe información a través del correo electrónico, marcando Sí o No según corresponda.
- **Dirección de ubicación laboral:** Escriba la dirección laboral.
- **Barrio / vereda de ubicación laboral:** Escriba el barrio / vereda donde labora.
- **Municipio de ubicación laboral:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde labora.
- **Departamento de ubicación laboral:** Escriba el nombre del departamento donde labora.
- **Teléfono laboral:** Escriba en esta casilla el número telefónico donde labora incluyendo los 3 números del indicativo departamental.

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Se diligencia si la persona es dependiente.

- **Tipo de documento:** Llene la casilla que corresponde así: NIT si es Número Identificación Tributaria, CC si es cédula de ciudadanía, CD Carné Diplomático, TI si es tarjeta de identidad, CE si es cédula de extranjería, PA si es pasaporte, u Otro si se trata de otro tipo de documento de identidad, ejemplo: PEP Permiso especial de permanencia.
- **Nº documento:** Escriba el número de identificación completo del empleador o entidad agrupadora.
- **DV:** Si el tipo de documento es NIT digite el número del dígito de verificación.
- **Código CIUI:** Este campo debe ser registrado por el empleador ingresando el código de clasificación de la actividad económica que realiza el empleador o agrupación de acuerdo con su RUT (Registro único tributario).
- **Naturaleza:** Llene la casilla según corresponda, si la empresa es Pública o Privada.
- **Razón social o nombre:** Escriba la razón social o nombre del empleador. Si es trabajador independiente y la afiliación se tramita por intermedio de una entidad agrupadora o gremio indique el nombre o razón social de la entidad. Si es en forma individual deje en blanco.
- **Dirección:** Escriba la dirección donde desarrolla las actividades su empleador o entidad agrupadora.
- **Municipio:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.
- **Barrio/Vereda:** Indique el barrio o vereda en el cual el empleador o entidad agrupadora desarrolla sus actividades.
- **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.
- **Sucursal:** Consulte con su empleador el código de la sucursal.
- **Teléfono:** Escriba el número telefónico del sitio donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora incluyendo los 3 dígitos del indicativo departamental.
- **Celular:** registre el número de celular de contacto con el empleador o entidad agrupadora.
- **Ocupación u oficio:** Indique la ocupación u oficio que desempeña el trabajador.
- **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico de contacto con el empleador o entidad agrupadora.

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Relacione los miembros del núcleo familiar con derecho, teniendo cuidado de diligenciar todas las casillas así:

- **Tipo de documento:** Llene la casilla que corresponda así: CC si es cédula de ciudadanía, TI si es tarjeta de identidad, CE si es cédula de extranjería, PA si es pasaporte o RC si es un registro civil para menores de 7 años, PEP Permiso especial de permanencia.
- **Nº documento:** Escriba el número de identificación completo del beneficiario.
- **Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento, según el orden establecido en las casillas día, mes, año, de acuerdo con el documento de identidad del beneficiario.
- **Primer nombre:** Escriba el primer nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo nombre:** Escriba el segundo nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Primer apellido:** Escriba el primer apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Segundo apellido:** Escriba el segundo apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
- **Nacionalidad:** Escriba la nacionalidad a la cual pertenece.
- **Dirección residencia:** Escriba la dirección de la residencia del beneficiario en forma completa.
- **Municipio de residencia:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde reside el beneficiario.
- **Barrio/vereda de residencia:** Escriba el nombre del barrio o vereda donde reside el beneficiario.
- **Departamento de residencia:** Escriba el nombre del departamento donde reside el beneficiario.
- **Sexo:** Llene la casilla correspondiente M= masculino o F= femenino.
- **Teléfono:** Escriba en esta casilla el número telefónico de la residencia incluyendo los 3 números del indicativo departamental.
- **Celular:** Indique su número de celular donde puede ser localizado.
- **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico personal.
- **Parentesco:** Llene la casilla así: 1 cónyuge, 2 compañero permanente, 3 padres, 4 hijos, 5 hijos inválidos y 6 hermanos inválidos.

Repita el anterior ejercicio por cada uno de sus beneficiarios, si son mas de 2 por favor diligencie otro formulario.

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

- **Tipo novedad:** Llene la casilla según se trate:
- **Vinculación inicial:** Se debe marcar solo si es por primera vez que se afilia al Sistema General de Pensiones y ha seleccionado al Régimen de Prima Media con Prestación Definida.
- **Traslado de régimen:** Se debe marcar si se está trasladando de una Administradora de Fondo de Pensiones del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (COLPENSIONES) y se podrá efectuar cuando hayan transcurrido por lo menos cinco (5) años de afiliación a la Administradora anterior.
- **Traslado de entidad diferente:** Se debe marcar si se está trasladando de otra Administradora de Régimen de Prima Media con Prestación Definida u otra entidad diferente a la AFP (Administradora de Fondos de Pensiones). Ejemplo: (Fonprecon - Caxdac -Pensiones de Antioquia).
- **Traslado por Pensión Familiar:** Se debe marcar si quiere adquirir Pensión Familiar en Colpensiones y se está trasladando de una Administradora de Fondo de Pensiones del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad al Régimen de Prima Media con Prestación Definida. Se podrá efectuar siempre y cuando cumpla los requisitos para adquirir Pensión Familiar.
- **Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público:** Llene la casilla SI o NO según corresponda.
- **Subsidiado:** Llene la casilla según corresponda y haya tramitado una vinculación a través del consorcio FIDUAGRARIA.
- **Si marcó Traslado indique: Entidad Actual:** Escriba el nombre de la Administradora de Pensiones anterior. **Entidad donde desea Traslarse:** Escriba la Administradora de Pensiones a la cual quiere trasladarse.
- **El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones:** Llene la casilla según corresponda, la ubicación del trabajador en actividades de alto riesgo de empresa privada u oficial.
- **¿Cuál?:** Escriba el régimen especial de pensiones al cual pertenece.
- **Tarifa con la que debe cotizar:** Escriba el porcentaje que debe liquidar de aporte al régimen especial en pensiones.
- **AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN** del Sistema General de Seguridad Social administrados por COLPENSIONES Indique SI o NO según corresponda.
- **AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN:** Indique SI o NO según corresponda.
- La información obtenida solo será usada para efectos propios de la **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES:** Indique SI o NO según corresponda.

V. FIRMAS

- Hago constar que la selección de Régimen (Escriba el régimen al cual se quiere trasladar) 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 (Escriba la administradora a la cual se quiere trasladar) para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.
- **Firma del afiliado o solicitante:** Proceda a firmar su solicitud de afiliación en pensiones, con el cual garantiza acogerse a los beneficios del Régimen de Prima Media con Prestación Definida administrada por COLPENSIONES.
- **Huella del afiliado:** Registre la huella de su índice derecho esto evitará suplantación al momento del reconocimiento de la contraprestación económica a la que tenga derecho.
- **Nombre, apellidos del representante legal o persona autorizada:** Ingrese los nombres y apellidos del representante legal del empleador.
- **Firma del representante legal o persona autorizada:** Señor empleador proceda a firmar la solicitud de afiliación en pensiones.

NOTAS FINALES: Recibirá una copia de su afiliación y otra copia será entregada a su empleador. 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. Cualquier consulta adicional con gusto lo atenderemos en nuestros canales: Puntos de atención, Call center y página web desde cualquier lugar del país sin costo alguno.