COLPENSIONES
2017_4680033
10/05/2017 08:27:17 AM
CENTROOCCIDENTAL MEDELLIN
ANTIOQUIA - MEDELLIN
AFILIACIONES
IMAGENES:4
020174680033CB0

Colpensiones

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS | REGIONAL | OFICINA

DEPENDIENTE (X) INDEPENDIENTE ( ) | Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo Comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

Tipo de documento: CC (X) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) — N.º de documento: 1017182285 — Fecha de nacimiento: Año 1990 Mes 05 Día 20

Primer apellido: Londoño — Segundo apellido: Sanchez

Primer nombre: Laura — Segundo nombre: Victoria

Municipio de nacimiento: Supia — Departamento de nacimiento: Caldas — Sexo: M ( ) F (X)

Nacionalidad: Colombiana — Dirección residencia: CR 43A # 63 sur - 120 — Ingreso mensual $ 1'600.000

Municipio de residencia: Sabaneta — Barrio / vereda de residencia: Alcazares — Salario integral: Sí ( ) No (X)

Departamento de residencia: Antioquia — Teléfono: 2994532 — Celular — Es empleador: Sí ( ) No (X)

Ocupación u oficio: Analista Microbiologia — Alto riesgo: Sí ( ) No (X)

Correo electrónico

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES remita notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil). Sí ( ) No (X)

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento: CC ( ) NIT (X) CE ( ) PA ( ) CD ( ) TI ( ) — N.º de documento: 900567821 — DV — Código CIIU

NATURALEZA: Pública ( ) Privada ( ) — Razón social o nombre: Aoxlab SAS

Dirección: cll 32F DG 74B - 122 — Municipio: Medellin

Barrio / vereda: Laureles — Departamento: Antioquia — Sucursal

Teléfono: 4447286 — Celular — Correo electrónico: aoxlab@gmail.com

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1. Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) — N.º de documento — Fecha de nacimiento: Año Mes Día

Primer apellido — Segundo apellido

Primer nombre — Segundo nombre

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 ( ) — N.º de documento — Fecha de nacimiento: Año Mes Día

Primer apellido — Segundo apellido

Primer nombre — Segundo nombre

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 ( ) Vinculación laboral ( ) — Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público: Sí ( ) No ( ) — Sustituido: Sí ( ) No ( )

Si marcó traslado indique a la administradora de pensiones anterior — Código

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones Sí ( ) No ( ) ¿Cuál? — Código — Tarifa que le debe ser cotizada %

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa e irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes esta tiene suscritos convenios con tal propósito, 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 ... 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 administrado por COLPENSIONES. 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. 3. La información obtenida sólo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES.

V. FIRMAS

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE SE HA SUMINISTRADO.

Laura (firma)		Yasmin Eliana Lopera	Yasmin Lopera (firma)
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"