

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

RADICACIÓN

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS		REGIONAL	OFICINA
DEPENDIENTE ☐	INDEPENDIENTE ☐	Ejecutivo comercial	Doc. Ejecutivo Comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

Tipo de documento: CC ☐ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐		N.º de documento		Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Año	Mes
Primer nombre		Segundo nombre		Día	
Municipio de nacimiento		Departamento de nacimiento		Sexo: M ☐ F ☐	
Nacionalidad		Dirección residencia		Ingreso mensual \$	
Municipio de residencia		Barrio / vereda de residencia		Salario integral Sí ☐ No ☐	
Departamento de residencia		Teléfono		Es empleador Sí ☐ No ☐	
Ocupación u oficio		Celular		Alto riesgo Sí ☐ No ☐	
Correo electrónico		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 ☐			

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento: CC ☐ NIT ☐ CE ☐ PA ☐ CD ☐ TI ☐		N.º de documento		DV	Código CIU
NATURALEZA: Pública ☐ Privada ☐		Razón social o nombre			
Dirección		Municipio			
Barrio / vereda		Departamento		Sucursal	
Teléfono		Celular		Correo electrónico	

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1 Tipo de documento: CC ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ RC ☐		N.º de documento		Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Año	Mes
Primer nombre		Segundo nombre		Día	
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	
Primer apellido		Segundo apellido		Año	Mes
Primer nombre		Segundo nombre		Día	
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 ☐	Vinculación laboral ☐	Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público	Sí ☐ No ☐	Subsidiado	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 con la que debe cotizar	%	

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 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. 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 solo 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 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



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.

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.

CAMPOS A DILIGENCIAR POR EL SOLICITANTE:

- Llene la casilla de acuerdo a la modalidad que pertenece, Trabajador **Dependiente** o Trabajador **Independiente**.

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

- **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 o PA si es pasaporte.
- **Nº documento:** Escriba el número de identificación completo.
- **Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento, según el orden establecido en las casillas año, mes, día, de acuerdo con 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.
- **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.
- **Municipio de nacimiento:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio de nacimiento.
- **Departamento de nacimiento:** Escriba el nombre del departamento de nacimiento.
- **Sexo:** Llene la casilla correspondiente M= masculino o F= femenino.
- **Nacionalidad:** Escriba la nacionalidad a la cual pertenece.
- **Dirección residencia:** Escriba la dirección de la residencia en forma completa.
- **Ingreso mensual:** Escriba su ingreso mensual.
- **Salario integral:** Indique sí o no el ingreso percibido, corresponde a un salario integral.
- **Municipio de residencia:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde reside.
- **Barrio/vereda de residencia:** Escriba el nombre del barrio o vereda donde reside.
- **Departamento de residencia:** Escriba el nombre del departamento donde reside.
- **Teléfono:** Escriba en esta casilla el número telefónico de la residencia.
- **Celular:** Indique su número de celular donde puede ser localizado.
- **Es empleador:** Llene la casilla si tiene o no empleados a su cargo.
- **Ocupación u oficio:** Escriba la ocupación u oficio que desempeña.
- **Alto Riesgo:** Indique si la actividad que desarrolla está catalogada como de alto riesgo.
- **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico personal.
- **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, si marca Sí, debe colocar el correo electrónico.

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Se diligencia si la persona es dependiente

- **Tipo de documento:** Llene la casilla que corresponde así: CC si es cédula de ciudadanía, NIT si es Número Identificación Tributaria, CE si es cédula de extranjería, PA si es pasaporte, CD Carné Diplomático o TI si es tarjeta de identidad.
- **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 CIU:** 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.
- **Celular:** registre el número de celular de contacto con el empleador o entidad agrupadora.
- **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.
- **Nº documento:** Escriba el número de identificación completo.
- **Fecha de nacimiento:** Escriba la fecha de nacimiento, según el orden establecido en las casillas año, mes, día, de acuerdo con 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.
- **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.
- **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.
- **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:
 - o **Vinculación inicial:** Se debe marcar solo si es por primera vez que se afilia al Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida.
 - o **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 Solidario 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.
 - o **Traslado de entidad diferente:** Se debe marcar si se está trasladando de otra Administradora de Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida u otra entidad diferente a la AFP (Administradora de Fondos de Pensiones).
 - o **Vinculación laboral:** Se debe marcar si la persona ya pertenece al Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida y desea reportar una nueva vinculación con un nuevo empleador.

- **Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público:** Llene la casilla SI o NO según se trate.
- **Subsidiado:** Llene la casilla según corresponda y haya tramitado una vinculación a través del consorcio PROSPERAR.
- **Si marco traslado indique administradora de pensiones anterior:** Escriba la Administradora de Pensiones anterior y el código de la AFP anterior.
- **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 y el código correspondiente a dicho régimen.
- **Tarifa con la que debe cotizar:** Escriba el porcentaje que debe liquidar de aporte al régimen especial en pensiones.

V. FIRMAS

- **Firma del afiliado o solicitante:** Proceda a firmar su solicitud de afiliación en pensiones, con el cual garantiza acogerse a los beneficios del Régimen Solidario 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: Usted recibirá una copia de su afiliación, su empleador recibirá otra copia como constancia del trámite adelantado. Recuerde que usted dispone de cinco (5) días calendario para retractarse de su afiliación en pensiones. 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.