

NIT 899999734-7  
CÓDIGO: F01-PRO-ARA-001  
VERSIÓN: 3  
FECHA DE APROBACIÓN: 03/06/2014

Número consecutivo:

Espacio reservado para la Entidad

SOLICITUD DE VINCULACIÓN A ENTIDADES ADMINISTRADORAS DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Fecha de solicitud			Ciudad
Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	<input type="text"/>

TIPO DE SOLICITUD

- Actualización de datos  
  Vinculación inicial  
  Traslado administradora  
  Traslado de régimen  
  Traslado de AFP - pensión familiar  
  Traslado de régimen - pensión familiar

Administradora hacia la cual se solicita el traslado	Administradora en la que se encuentra afiliado el solicitante
<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento DD MM AAAA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo documento	No. Identificación	Fecha expedición	Nacionalidad	Genero
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección residencia	Ciudad	Departamento	Teléfonos fijo y celular	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección laboral	Ciudad	Departamento	Teléfono fijo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tipo de trabajador	<input type="text"/>		Ha cotizado más de 150 semanas en:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="radio"/> Colpensiones (ISS) <input type="radio"/> Cajas, indique cuáles	
Correo electrónico	<input type="text"/>			

INFORMACIÓN VÍNCULO LABORAL ACTUAL

Ocupación o cargo actual	Salario o ingreso mensual		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
No. Identificación	Tipo documento	Nombre o razón social	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección empleador	Ciudad	Departamento	Teléfonos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN BENEFICIARIOS

Apellidos y nombres	Genero	No. Identificación	Documento	Fecha nacimiento	Código de parentesco
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

Los beneficiarios relacionados serán válidos de acuerdo con las normas legales vigentes

'Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada.

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

VOLUNTAD DE SELECCIÓN Y AFILIACIÓN

Hago constar que la selección del Régimen de \_\_\_\_\_ 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.

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

El afiliado tiene el derecho a retractarse de su decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en la que se le informe de la validación de la afiliación o del traslado por parte de la administradora seleccionada.

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

Nombre del promotor:	<input type="text"/>	Sello y firma autorizada del Representante Legal
No. Identificación del promotor:	<input type="text"/>	
Firma del promotor	<input type="text"/>	

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_