

FIRMA CLIENTE**Protección**

Nit. 800.138 188-1

Pensión Obligatoria Pensión Voluntaria Cesantías

Fecha de Solicitud

Nombre producto voluntario: _____

Año Mes Día

DATOS PERSONALES

Tipo de Vinculación	<input type="checkbox"/> Vinculación inicial	<input type="checkbox"/> Traslado AFP	<input type="checkbox"/> Traslado de régimen
Vinculación	<input type="checkbox"/> Traslado de AFP - Pensión Familiar	<input type="checkbox"/> Traslado de Régimen - Pensión Familiar	

Código de verificación

--	--	--	--	--	--	--

C.C. C.E. RCN T.I. Pasaporte Pasaporte Diplomático PEP PT

Número documento de identidad

Nombre completo

ACEPTACIÓN SOLICITUD AFILIACIÓN ELECTRÓNICA

Hago constar que la selección del Régimen de ahorro individual con solidaridad lo 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 he elegido a PROTECCIÓN S.A para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos. Garantizo que la información suministrada y consignada en el formulario digital, asociada con el código de verificación que se encuentra en la parte superior de este documento es cierta y verídica. Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

Manifiesto de manera libre y voluntaria que Protección S.A, me ha brindado información relacionada con el producto previo a la afiliación al Fondo de Cesantías. Garantizo que la información suministrada y consignada en el formulario digital, asociada con el código de verificación que se encuentra en la parte superior de este documento es cierta y verídica. Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

Manifiesto de manera libre y voluntaria que Protección S.A, me ha brindado la información de las condiciones del producto, de manera clara y previa a mi afiliación al Fondo de Pensiones Voluntarias. Garantizo que la información suministrada y consignada en el formulario digital, asociada con el código de verificación que se encuentra en la parte superior de este documento es cierta y verídica.

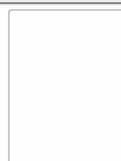
Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

Conozco y acepto las obligaciones que en materia de lavado de activos y financiación del terrorismo quedaron expresas en el formulario de afiliación digital.

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.

AFILIADO

VERIFICADO POR EL OFICINISTA DE PROTECCIÓN



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

Nombre completo Asesor Comercial

Número documento de Identidad



Firma representante Legal
Nombres y apellidos JUAN PABLO ARANGO BOTERO

09 / 2021

www.proteccion.com

INFORMACIÓN DE DILIGENCIAMIENTO OPCIONAL

Dirección residencia (Apartamento, barrio, urbanización)

Departamento

Ciudad

Teléfono o Celular

Correo electrónico personal o laboral

Dirección de Oficina

Ciudad o Municipio

Departamento

Teléfono Oficina

Autorizo el envío de información al celular Si NoAutorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico Si NoEn caso de ser negativo seleccione el lugar para el envío de correspondencia física Residencia Empresa

Ocupación o cargo actual

Profesión

Integral
 Si No

Salario mensual

Fecha ingreso empresa

Año Mes Día

NIT

Razón Social

INFORMACIÓN ADICIONAL PENSIÓN VOLUNTARIA

Entidad Financiera

Tipo de Cuenta

Número de cuenta Financiera

Ahorro Corriente