

**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.

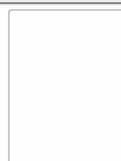
Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

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

Ahorro  Corriente 

Número de cuenta Financiera