

Pensión Obligatoria ☐ Pensión Voluntaria ☐ Cesantías ☐

Fecha de Solicitud

Nombre producto voluntario: _____

Año Mes Día

DATOS PERSONALES

Tipo de Vinculación ☐ Vinculación inicial ☐ Traslado de AFP ☐ Traslado de régimen ☐ 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.

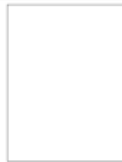
Declaro que en el formulario de afiliación digital se encuentra establecida la manera en que se deberá dar tratamiento a mis datos personales.

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 PROTECCIÓN S.A. 09/2021



Huella

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

Firma y NIT empleador.
(En el caso que sea Obligatoria).

Nombre completo Asesor Comercial

Número documento de Identidad

Firma representante Legal

Nombres y apellidos JUAN PABLO ARANGO BOTERO

Firma Afiliado / Firma del cliente / Representante del menor

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 ☐ No ☐Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico Si ☐ No ☐En 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

NIT

Razón Social

Año Mes Día

INFORMACIÓN ADICIONAL PENSIÓN VOLUNTARIA

Entidad Financiera

Tipo de Cuenta

Ahorro ☐ Corriente ☐

Número de cuenta Financiera