

Pensión Obligatoria ☐ Pensión Voluntaria ☐ Cesantías ☐

Fecha de Solicitud

Nombre producto voluntario: _____

Año Mes Día

DATOS PERSONALES

Tipo de Vinculación ☐ Vinculación inicial ☐ Traslado 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.

En tal sentido, y cuando resulte procedente de acuerdo con los términos y condiciones del producto respectivo, Protección elaborará el Perfil de Cliente que le permita realizar el Análisis de Conveniencia y proceder con el suministro de una Recomendación Profesional. Manifiesto igualmente, que en los eventos en que en mi calidad de Afiliado ejecute una decisión de inversión, contraria a la Recomendación Profesional suministrada por Protección, se entenderá que me he apartado de la misma, y tal ejecución servirá de constancia en los términos del artículo artículo 2.40.1.3.2. del Decreto 2555 de 2010.

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

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Huella

Firma Afiliado / Firma del cliente / Representante del menor

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

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 ☐ No ☐

Salario mensual

Fecha ingreso empresa

NIT

Razón Social

INFORMACIÓN ADICIONAL PENSIÓN VOLUNTARIA

Entidad Financiera

Tipo de Cuenta

Ahorro ☐ Corriente ☐

Número de cuenta Financiera