



SOLICITUD DE VINCULACION O TRASLADO AL FONDO DE CESANTIAS Y PENSIONES OBLIGATORIAS

PERIODO DE COTIZACION (A/AMM)

PRIMER PAGO (A/AMM)

FECHA DE SUSCRIPCION (A/AMM/DD)

No.

6862901

P. OBLIGATORIAS	VINCULACION	<input type="radio"/> TRASLADO REGIMEN	<input type="radio"/> TRASLADO AFP	ADMDORA ANTERIOR	255	CODIGO CIUDAD	
CESANTIAS	VINCULACION INICIAL	<input type="radio"/> TRASLADO AFP		ADMDORA ANTERIOR		CODIGO CIUDAD	

DATOS DEL AFILIADO

NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	98489342	T.I. C.C. C.E.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	FECHA DE NACIMIENTO (AAMMMDD)	650413	NACIONALIDAD	COLOMBIANA	SEXO	<input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> M	TIPO DE TRABAJADOR	DEP. <input checked="" type="radio"/> INDE. <input type="radio"/>	
PRIMER APELLIDO	MUNERA	SEGUNDO APELLIDO	VEZED	PRIMER NOMBRE	CHARLES							
SEGUNDO NOMBRE	HECTOR	ENVIO DE CORRESPONDENCIA		NUMERO APARTADO		CODIGO CIUDAD APARTADO						
DIRECCION RESIDENCIA	CHIRE 38 N: 94-110	RES <input checked="" type="radio"/> LUGAR DE TRABAJO <input type="radio"/> A.A. <input type="radio"/>										
GO CIUDAD RESIDENCIA	5001	CIUDAD - DEPARTAMENTO	MEDELLIN - ANTIOQUIA	TELEFONO	4462526	ESTA OBLIGADO A DECLARAR RENTA <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO						
DIRECCION DE LUGAR DE TRABAJO	424 63B N: 32-26											
GO CIUDAD DE TRABAJO	5001	CIUDAD - DEPARTAMENTO	MEDELLIN - ANTIOQUIA	TELEFONO	2654466	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA						
COTIZACION DE MAS DE 150 SEMANAS	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	J.S.S. <input type="radio"/> CAJAS <input type="radio"/>	CUANTAS SEMANAS		OTROS CUAL(ES)							

DATOS DEL VINCULO LABORAL

Ocupacion o cargo actual	DIRECTOR PEDORAN	SALARIO O INGRESO MENSUAL	1500.000	SALARIO INTEGRAL	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR	890905022-6	N.I.T. C.C. C.E.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	CONVER SA								
DIRECCION OFICINA PRINCIPAL EN SU CIUDAD	424 63B N: 32-26								
CODIGO CIUDAD	5001	CIUDAD - DEPARTAMENTO	MEDELLIN - ANTIOQUIA	FECHA DE INGRESO (AAMMMDD)		TELEFONO 1	2654466	TELEFONO 2	
CUENTA CREDITO AUTOMATICO CESANTIAS		TIPO CUENTA	<input checked="" type="radio"/> AHORROS <input type="radio"/> CTA CORRIENTE	ENTIDAD					

SI TIENE MAS DE UN (1) EMPLEADOR, FAVOR DILIGENCIAR LOS DATOS EN UNA SOLICITUD ADICIONAL

BENEFICIARIOS DE LA PENSION

PRIMER APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEXO	NUMERO DE IDENTIFICACION	T.I./C.C./C.E.	FECHA NACIMIENTO (AAMMMDD)	CODIGO Parentesco	CODIGO Parentesco
MUNERA	LILIANA	<input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/> M					01
MUNERA	SARA	<input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/> M					04
MUNERA	FELIPE	<input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/> M					04
		<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M					
		<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M					

LOS BENEFICIARIOS RELACIONADOS SERAN VERIFICADOS DE ACUERDO CON LAS NORMAS LEGALES VIGENTES

VOLUNTAD DE AFILIACION

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL AFILIADO INCLUIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA

PENSIONES OBLIGATORIAS

HAGO CONSTAR QUE LA SELECCION DEL REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD LA HE EFECTUADO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y SIN PRESIONES. MANIFIESTO QUE HE ELEGIDO A LA COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS S.A. COLFONDOS PARA QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES Y QUE LOS DATOS AQUI REPORTADOS SON VERDADEROS

FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO

CESANTIAS

POR MEDIO DE LA PRESENTE, COMUNICO A USTEDES QUE HE ESCOGIDO A LA COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS S.A. COLFONDOS, COMO LA SOCIEDAD QUE DEBE ADMINISTRAR MI CESANTIA. PARA TAL EFECTO LE SOLICITO SE SIRVA REALIZAR EL DEPÓSITO CORRESPONDIENTE EN DICHA ENTIDAD.

FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO

DATOS AREA COMERCIAL

NOMBRE DEL ASESOR	MUNERA	NOMBRE DEL DIRECTOR		ADMINISTRADORA DE CESANTIAS QUE REALIZA EL TRASLADO	
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	85162324	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		FECHA DE LIQUIDACION	A A M M D D

EMPLEADOR

Fondo de Pensiones Obligatorias
COLFONDOS
SELO Y FIRMA AUTORIZADA
NIT. 800.227.940-6

COLF PO CE 001