

Fecha de Solicitud

Año Mes Día

DATOS PERSONALES

Pensión Obligatoria

Pensión Voluntaria

Cesantías

Nombre producto voluntario:

Tipo de Vinculación

V. Inicial

Traslado

Código de verificación

C.C.

C.E.

RCN

T.I.

Pasaporte

Pasaporte Diplomático

PEP

Número documento de identidad

Nombre completo

ACEPTACIÓN SOLICITUD AFILIACIÓN ELECTRÓNICA

Manifiesto de manera libre y voluntaria que Protección S.A, me ha asesorado de manera clara y previa a mi afiliación al Fondo de Pensiones Obligatorias administrado por esa Sociedad. Hago constar que la selección del Régimen de Ahorro Individual lo he efectuado de forma libre, espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a Protección S.A. para que administre mis aportes pensionales. 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.

AFILIADO

Huella

Firma Afiliado / Firma del cliente / Representante del menor

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

Nombre completo Asesor Comercial

Número documento de Identidad

Firma Autorizada Protección

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso de ser negativo seleccione el lugar para el envío de correspondencia física Residencia <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/>
Ocupación o cargo actual	Profesión		Integral Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Salario mensual Fecha ingreso empresa Año      Mes      Día
NIT		Razón Social		

INFORMACIÓN ADICIONAL PENSIÓN VOLUNTARIA

Entidad Financiera	Tipo de Cuenta Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	Número de cuenta Financiera
--------------------	--	-----------------------------