



Porvenir
Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones S.A.
NIT. 800.144.331-3

SOLICITUD DE VINCULACION

FECHA SOLICITUD			NUMERO
AÑO	MES	DIA	
93	9	12	

VINCULACION INICIAL <input checked="" type="checkbox"/>	AFP ANTERIOR <input type="checkbox"/>	CIUDAD
TRASLADO DE AFP <input type="checkbox"/>	ENTIDAD ADMINISTRADORA ANTERIOR	Medellin
TRASLADO DE REGIMEN <input type="checkbox"/>		

INFORMACION DEL TRABAJADOR										
TIPO DE TRABAJADOR		NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I.	C.C.	C.E.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO
DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE						AÑO	MES	DIA	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	430755184		X		Colombiana	64	09	01	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			
Naranjo		Naranjo		Luz			Stella			
DIRECCION DE RESIDENCIA				CIUDAD		DEPARTAMENTO		TELEFONO		
Calle 49 # 17-25				Medellin		Antioquia		259170		
DIRECCION DONDE TRABAJA				CIUDAD		DEPARTAMENTO		TELEFONO EXT.		
Calle 31 # 44-145				Medellin		Antioquia		262044		
APARTADO AEREO		ENVIO CORRESPONDENCIA		RESIDENCIA		LUGAR DONDE TRABAJA		APARTADO AEREO		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
HA COTIZADO MAS DE 150 SEMANAS EN I.S.S. O CAJAS?										TIEMPO TOTAL COTIZADO
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> I.S.S. <input type="checkbox"/> CAJANAL <input type="checkbox"/> CAJA DEPARTAMENTAL <input type="checkbox"/> CUAL										
EN CASO AFIRMATIVO IDENTIFIQUE EN CUAL ENTIDAD CAJA MUNICIPAL <input type="checkbox"/> CUAL										AÑOS <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/>

INFORMACION VINCULO LABORAL ACTUAL									
EMPLEADOR									
OCUPACION O CARGO ACTUAL		SALARIO O INGRESO MENSUAL		SALARIO INTEGRAL		% COTIZACION VOLUNTARIA		COMISION	
Tele de sistemas		<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> \$ 240000					
NIT. O CEDULA DEL EMPLEADOR		NIT.		C.C.		C.E.		NOMBRE O RAZON SOCIAL	
800 019 443-5								Representaciones A.B. Ltda.	
DIRECCION CORRESPONDENCIA EMPLEADOR		CIUDAD		DEPARTAMENTO		TELEFONO		TELEFAX	
Calle 31 # 44-145		Medellin		Antioquia		262020			

INFORMACION BENEFICIARIOS										
APELLIDOS Y NOMBRES		NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CLASE	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	CODIGO PARENTESCO	CODIGOS PARENTESCO	
SI SON MAS DE CINCO(5) BENEFICIARIOS, ADJUNTE RELACION			C.C.	T.I.	AÑO	MES	DIA	M	F	
Ana Rita Naranjo									X	03
Luz Stella Naranjo									X	03

RESPONSABLE FONDO DE PENSIONES NOMBRE _____ REGIONAL <input type="checkbox"/> ZONA <input type="checkbox"/> DIRECTOR <input type="checkbox"/> ASESOR COMERCIAL _____ FIRMA ASESOR COMERCIAL _____	FIRMA EMPLEADOR DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA. A.B. LTDA.	VOLUNTAD DE AFILIACION HAGO CONSTAR QUE REALIZO DE FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y SIN PRESIONES LA ESCOGENCIA AL REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL, ASI COMO LA SELECCION DE LA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR PARA QUE SEA LA UNICA QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES. TAMBIEN DECLARO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS.
	BANCO BOGOTA <input type="checkbox"/> LAS VILLAS <input type="checkbox"/> OCCIDENTE <input type="checkbox"/> PORVENIR <input type="checkbox"/>	FIRMA DEL TRABAJADOR LLAME GRATIS TELEPORVENIR 9-800-10-800



Porvenir
Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones S.A.
NIT. 800.144.331-3

SOLICITUD DE VINCULACION

FECHA SOLICITUD			NUMERO
AÑO	MES	DIA	
95	9	12	

VINCULACION INICIAL <input checked="" type="checkbox"/>	AFP ANTERIOR <input type="checkbox"/>	CIUDAD Medellin
TRASLADO DE AFP <input type="checkbox"/>		
TRASLADO DE REGIMEN <input type="checkbox"/>	ENTIDAD ADMINISTRADORA ANTERIOR _____	

INFORMACION DEL TRABAJADOR										
TIPO DE TRABAJADOR		NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I.	C.C.	C.E.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO
DEPENDIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	43075518 Mod				Colombiana	AÑO	MES	DIA	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
PRIMER APELLIDO Jaramillo		SEGUNDO APELLIDO Narango		PRIMER NOMBRE Luz		SEGUNDO NOMBRE Stella				
DIRECCION DE RESIDENCIA Calle 49 # 17-28			CIUDAD Medellin		DEPARTAMENTO Antioquia		TELEFONO 2591745			
DIRECCION DONDE TRABAJA Calle 31 # 44-145			CIUDAD Medellin		DEPARTAMENTO Antioquia		TELEFONO 2620202			
APARTADO AEREO <input type="checkbox"/>		ENVIO CORRESPONDENCIA <input type="checkbox"/>		RESIDENCIA <input type="checkbox"/>		LUGAR DONDE TRABAJA <input checked="" type="checkbox"/>		APARTADO AEREO <input type="checkbox"/>		
HA COTIZADO MAS DE 150 SEMANAS EN I.S.S. O CAJAS? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> I.S.S. <input type="checkbox"/> CAJANAL <input type="checkbox"/> CAJA DEPARTAMENTAL <input type="checkbox"/> CUAL _____										TIEMPO TOTAL COTIZADO
EN CASO AFIRMATIVO IDENTIFIQUE EN CUAL ENTIDAD CAJA MUNICIPAL <input type="checkbox"/> CUAL _____ OTRA <input type="checkbox"/> CUAL _____										AÑOS <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/>

INFORMACION VINCULO LABORAL ACTUAL									
OCUPACION O CARGO ACTUAL		EMPLEADOR				% COTIZACION VOLUNTARIA	COMISION		
Tale de sistemas		SALARIO O INGRESO MENSUAL <input checked="" type="checkbox"/> \$ 240000							
NIT. O CEDULA DEL EMPLEADOR 800 019 443-5		NIT. C.C. C.E. NOMBRE O RAZON SOCIAL Representaciones A B Ltda.							
DIRECCION CORRESPONDENCIA EMPLEADOR Calle 31 # 44-145		CIUDAD Medellin		DEPARTAMENTO Antioquia		TELEFONO 2620202		TELEFAX	

APELLIDOS Y NOMBRES		NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CLASE	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	CODIGO PARENTESCO	CODIGOS PARENTESCO
SI SON MAS DE CINCO(5) BENEFICIARIOS, ADJUNTE RELACION			C.C. T.I.	AÑO	MES	DIA	M F		
Ana Rita Narango							X	03	01 CONYUGE
Isabel Henillo Jaramillo							X	03	02 COMPAÑERO(A) PERMANENTE
									03 PADRE O MADRE
									04 HIJOS
									05 HIJOS INVALIDOS
									06 HERMANOS INVALIDOS

FORMAL S.A.

RESPONSABLE FONDO DE PENSIONES	
NOMBRE _____	
REGIONAL <input type="checkbox"/> ZONA <input type="checkbox"/> DIRECTOR <input type="checkbox"/>	
ASESOR COMERCIAL _____	
FIRMA ASESOR COMERCIAL _____	

FIRMA EMPLEADOR	
DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE CONTRATO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACION QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.	
REPRESENTACIONES A.B. LTDA.	
BANCO	BOGOTA <input type="checkbox"/> LAS VILLAS <input type="checkbox"/> COD. OFICINA _____
	OCCIDENTE <input type="checkbox"/> PORVENIR <input type="checkbox"/>

VOLUNTAD DE AFILIACION	
HAGO CONSTAR QUE REALIZO DE FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y SIN PRESIONES LA ESCOGENCIA AL REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL, ASI COMO LA SELECCION DE LA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR PARA QUE SEA LA UNICA QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES. TAMBIEN DECLARO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS.	
FIRMA DEL TRABAJADOR	
LLAME GRATIS	TELEPORVENIR 9-800-10-800