Colpensiones

NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES - 2026_1187059
23/01/2026 10:53:16 AM
MEDELLIN CENTROOCCID
ANTIOQUIA - MEDELLIN
AFILIACIONES
IMAGENES:4

CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL | OFICINA

Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE ( ) INDEPENDIENTE (X) — FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento CC (X) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? _____ | N.º de documento 21509658.

Fecha de Expedición 12/12/2002 | Municipio Expedición Anzá | Departamento Expedición Antioquia | Sexo M ( ) F (X)

Primer nombre Yorlid | Segundo nombre Yarely

Primer apellido Sierra | Segundo apellido Estrada

Fecha nacimiento 29/06/1984 | Municipio nacimiento Anzá | Departamento nacimiento Antioquia | Nacionalidad Colomb

Dirección de residencia C 09 #09-02. | Barrio / vereda de residencia

Municipio de residencia Anzá | Departamento de residencia Antioquia.

Teléfono de residencia | Celular 322-677 36 67 | Salario integral SI ( ) NO (X)

Ocupación u oficio Auxiliar | Ingreso mensual $ 1.750.905. | Es empleador SI ( ) NO (X)

Correo electrónico Yorlidsierra@gmail.com | Alto riesgo SI ( ) NO (X)

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil). SI (X) NO ( )

Dirección de ubicación laboral C 09 #09-02. | Barrio/ vereda de ubicación laboral

Municipio de ubicación laboral Anzá | Departamento de ubicación laboral Antioquia | Teléfono laboral

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento NIT ( ) CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? _____ | N.º de documento | DV | Código CIIU

Naturaleza Pública ( ) Privada ( ) | Razón social o nombre

Dirección | Municipio

Barrio / vereda | Departamento | Sucursal

Teléfono | Celular | Ocupación u oficio

Correo electrónico

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

❶ Tipo de documento CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? _____ | N.º de documento | Fecha de nacimiento Día Mes Año

Primer nombre | Segundo nombre

Primer apellido | Segundo apellido

Nacionalidad | Dirección de residencia

Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia

Sexo M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Parentesco 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

❷ Tipo de documento CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? _____ | N.º de documento | Fecha de nacimiento Día Mes Año

Primer nombre | Segundo nombre

Primer apellido | Segundo apellido

Nacionalidad | Dirección de residencia

Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia

Sexo M ( ) F ( ) T ( ) NB ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Parentesco 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD Vinculación Inicial (X) Traslado de régimen ( ) Traslado de entidad diferente ( ) Traslado por Pensión Familiar ( ) | Ha cotizado más de 350 semanas a las cajas o fondos del sector público: SI ( ) NO ( ) | Subsidiado SI ( ) NO ( )

Si marcó Traslado indique Entidad Actual _____ | Entidad a donde desea trasladarse _____

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones SI ( ) NO ( ) ¿Cuál? | Tarifa con la que debe cotizar %

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en calidad de responsable y a los encargados de efectuar el tratamiento de datos, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. SI (X) NO ( )

2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. SI (X) NO ( )

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES. SI (X) NO ( )

V. FIRMAS

Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

Hago constar que la selección de Régimen _____ la 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 que he elegido a _____ para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR EXCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE | HUELLA AFILIADO | NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA | FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu"

APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA SEGÚN RADICACIÓN No. 20171536646-312-000 DEL 23-04-2018.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
cadena. 20/10/2021_07185

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) YORLID YARELY SIERRA ESTRADA identificado(a) con CC 21509658 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/02/2020

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS - ANZA**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes 1 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones