

**SOLICITUD DE VINCULACIÓN A ENTIDADES ADMINISTRADORAS DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES**

FECHA DE SOLICITUD	CIUDAD
Día Mes Año	

**TIPO DE SOLICITUD**

Vinculación Inicial  Traslado de AFP  Traslado de Régimen   
 Traslado de AFP - Pensión Familiar  Traslado de Régimen - Pensión Familiar

Administradora hacia la cual se solicita el traslado: \_\_\_\_\_ Administradora en la que se encuentra afiliado el solicitante: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento Día Mes Año
Tipo identificación CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro*	Nº Identificación	Fecha de expedición Día Mes Año	Nacionalidad	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección Residencia	Ciudad	Departamento	Teléfono (s) Fijo: Cel:	
Dirección Laboral	Ciudad	Departamento	Teléfono Fijo	
Tipo de Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Ha cotizado más de 150 semanas en: Colpensiones (ISS) <input type="checkbox"/> Cajas <input type="checkbox"/> Cuales: _____			

Otro\*: Pasaporte - Tarjeta de identidad - Permiso por protección temporal - Permiso Especial de Permanencia para Representantes Legales o Custodios de Niñas, Niños y Adolescentes - Visa visitante especial. Estos dos últimos tipos de documentos aplican solo a personas con nacionalidad venezolana.

**INFORMACIÓN VÍNCULO LABORAL ACTUAL**

Ocupación o cargo actual:	Salario o ingreso mensual:
Nº Identificación	Tipo Identificación NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro*
Dirección Empleador	Ciudad empleador
Departamento empleador	Teléfono(s) empleador
Nombre o razón social empleador	
E-mail Empleador	

Otro\*: Pasaporte - Tarjeta de identidad - Permiso por protección temporal - Permiso Especial de Permanencia para Representantes Legales o Custodios de Niñas, Niños y Adolescentes - Visa visitante especial. Estos dos últimos tipos de documentos aplican solo a personas con nacionalidad venezolana.

**INFORMACIÓN BENEFICIARIOS**

Apellidos y nombre	Género	Nº Identificación	Tipo de Documento*	Fecha nacimiento	Código parentesco**
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Día Mes Año	
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Día Mes Año	
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Día Mes Año	
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Día Mes Año	
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Día Mes Año	

\*1. Cédula de ciudadanía- 2. Cédula de Extranjería 3. Pasaporte - 4. Registro civil - 5. Tarjeta de identidad - 6. Permiso por protección temporal-7. Permiso Especial de Permanencia para Representantes Legales o Custodios de Niñas, Niños y Adolescentes - 8. Visa visitante especial. Estos dos últimos tipos de documentos aplican solo personas con nacionalidad venezolana.

\*\*Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano invalido  
 Los beneficiarios relacionados serán válidos de acuerdo con las normas legales vigentes

**VOLUNTAD DE SELECCIÓN Y AFILIACIÓN**

Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada. Hago constar que la selección del Régimen de Ahorro individual con Solidaridad 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 he elegido a Skandia AFP-ACCAI S.A. para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

\_\_\_\_\_  
 FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE (Dato Sensible)



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.

**ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA**

Nombre del Promotor:

No. Identificación del Promotor:

Firma del Promotor:

\_\_\_\_\_  
 SELLO Y FIRMA AUTORIZADA DEL REPRESENTANTE LEGAL

**ANDRÉS HUMBERTO GALLO POSADA**  
 NOMBRES Y APELLIDOS