

Pensión obligatoria

**Datos básicos**

**Información general**

Número de Solicitud 1000852963	Lugar de solicitud COL, ANTIOQUIA, MEDELLÍN	Campaña SIN CAMPAÑA	Foco de gestión *****
Fecha de solicitud 30-11-2022	Tipo de afiliación Vinculación inicial	Traslado AFP - Pensión familiar *****	AFP administradora anterior *****
Traslado de Régimen - Pensión familiar *****	Régimen administrador anterior *****	Administradora hacia la cual se solicita el traslado *****	

**Información personal**

Tipo de documento CÉDULA DE CIUDADANIA	Número documento de identidad 1106891704	Nacionalidad COLOMBIA	Lugar de expedición COL, TOLIMA, MELGAR	
Fecha de expedición 15-02-2008	Primer Nombre PEDRO	Segundo Nombre NEL	Primer Apellido GOMEZ	Segundo Apellido CALDERON
Fecha de nacimiento 15-02-1990	Lugar de nacimiento COL, TOLIMA, MELGAR		Género MASCULINO	
Lugar de residencia COL, TOLIMA, MELGAR		Dirección de residencia Calle 7 # 17 - 20		
Correo electrónico pgomez7654321@gmail.com		Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico Si	Autorizo el envío de información a: *****	
Teléfono celular 3203002269	Autorizo el envío de información al celular Si	Teléfono fijo *****	Ciudad del teléfono *****	
Dirección de oficina *****	Lugar de ubicación de la oficina *****			

**Beneficiarios**

Beneficiarios

No

Apellidos y Nombres	Sexo	Número identificación	Tipo identificación	Fecha nacimiento	Código parentesco
*****	*****	*****	*****	*****	*****

\* Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inváido 06 Hermano inválido.

Los beneficiarios relacionados serán válidos de acuerdo a las normas legales vigentes.

**Datos laborales**

**Tipo de afiliado**

Pensión obligatoria

**Datos laborales**

Tipo de afiliado	Ha cotizado más de 150	Cuál(es)
Voluntario	semanas en	*****
	*****	

**Trabajador dependiente/asociado**

Tipo identificación empleador	CTA/EAT	Número identificación empleador (Sin dígito	Nombre o razón social
*****		de verificación)	*****
		*****	

Ciudad empleador	Dirección correspondencia empleador
*****	*****

Correo electrónico empleador	Teléfono fijo	Teléfono celular
*****	*****	*****

Ocupación o cargo actual	Salario integral	Salario mensual	Fecha ingreso empresa
OTROS	No	\$ 1,000,000	*****

Es PEP o tiene familiar PEP (Persona expuesta públicamente)	Clasificación PEP
No	*****

**Representante Comercial**

Tipo identificación	Identificación	Nombre
CC	1013620515	Cindy Lorena Franco Esteban

**Tratamiento de datos**

**VOLUNTAD DE SELECCIÓN Y AFILIACIÓN**

Hago constar que la selección del Régimen de ahorro individual con solidaridad lo he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PROTECCIÓN S.A para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos. 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.

**DECLARACIONES DEL TITULAR**

- Declaro que toda la información suministrada por mí a PROTECCIÓN es verdadera.
- Conozco los derechos y las condiciones aplicables para el tratamiento de datos personales, acorde con la política de tratamiento de datos personales de PROTECCIÓN y su aviso de privacidad que se encuentran publicadas en la página web [www, protección.com](http://www.protección.com).
- He sido informado acerca de la no obligatoriedad de las respuestas a las preguntas que me sean hechas, cuando éstas versen sobre datos sensibles, tales como origen racial o étnico, orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos o sobre los datos de los niños, niñas y adolescentes

**OBLIGACIONES LAVADO DE ACTIVOS**

- Me obligo con PROTECCIÓN a actualizar mi información como mínimo una vez al año, a suministrar los documentos exigidos por la ley en el momento

**Tratamiento de datos**

que estos sean solicitados para el control de lavados de activos y a indicar la procedencia de los depósitos.

**TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES**

En los términos de la ley 1581 de 2012 y del decreto 1377 de 2013 (compilado en el decreto único reglamentario 1074 de 2015), no estás obligado a autorizar el tratamiento de aquella información considerada como sensible (Ejemplo: religión, filiación política, origen étnico, afiliación sindical, orientación sexual, entre otros). No obstante, debes saber que PROTECCIÓN en cumplimiento de disposiciones normativas emanadas del sistema de seguridad social (Ley 100 de 1993) y por instrucciones de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, está obligada a realizar tratamiento sobre este tipo de datos (Ejemplo: Historia clínica, datos de beneficiarios menores de edad, datos biométricos para validación de identidad, grabación de imágenes en oficinas de servicio) única y exclusivamente para la materialización de los siguientes propósitos y/o finalidades:

- Para validar y verificar tu identidad en transacciones incluyendo cuando sea requerido, la consulta y reproducción de datos sensibles tales como la huella digital, imágenes, videos o voz, entre otros.
- Para monitorear las condiciones de seguridad en las oficinas de servicio mediante sistemas de videovigilancia.
- Para garantizar la prestación de los servicios relacionados con: el reconocimiento de incapacidades médicas, reconocimiento de la pensión de sobreviviente para los beneficiarios menores de edad y el reconocimiento de la pensión de invalidez para aquellas personas que han sufrido una pérdida de la capacidad laboral.

**AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN Y USO DE DATOS PERSONALES**

1. Autorizo a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías PROTECCIÓN S.A. en adelante PROTECCIÓN y a todas aquellas entidades del sistema general de seguridad social, Asofondos y a quienes en el futuro ostenten los derechos de los aquí autorizados, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividades que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los fines enunciados en la política de tratamiento de datos personales de PROTECCIÓN, documento que he leído y me fue suministrado con la afiliación.

2. Autorizo a PROTECCIÓN para que comparta mi información personal con terceros con quienes haya celebrado alianzas y/o con proveedores con el propósito de cumplir con el objeto social, prestar adecuadamente el servicio, gestionar riesgos, atender reclamos y realizar gestión comercial, conforme a la normatividad vigente. Si quieres conocer con quiénes compartimos tu información, puedes acceder al siguiente enlace:

<https://www.proteccion.com/contenidos/persona/cesantias/ley-proteccion-datos-personales>

Si

3. Autorizo a PROTECCIÓN para enviar información de uso comercial o publicitaria relacionada con nuestros productos, servicios, eventos o alianzas, a través de medios físicos o virtuales registrados.

Si

**Información de firma con apoderado**

¿Firma con apoderado?

No

Tipo de documento

\*\*\*\*\*

Número documento de

identidad

\*\*\*\*\*

Primer Nombre

\*\*\*\*\*

Segundo Nombre

\*\*\*\*\*

Primer Apellido

\*\*\*\*\*

Segundo Apellido

\*\*\*\*\*

