

Fecha de Solicitud

Año Mes Día

DATOS PERSONALES

Pensión Obligatoria <input type="checkbox"/> Pensión Voluntaria <input type="checkbox"/> Cesantías <input type="checkbox"/>	Tipo de Vinculación V. Inicial <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/>	Código de verificación <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												
Nombre producto voluntario: _____		Número documento de identidad												
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> RCN <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Pasaporte Diplomático <input type="checkbox"/> PEP														
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

<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> Huella	Firma y NIT empleador. (En el caso que sea Obligatoria).	Nombre completo Asesor Comercial
		Número documento de Identidad
Firma Afiliado / Firma del cliente / Representante del menor	 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 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Autorizo el envío de correspondencia y notificaciones al correo electrónico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	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 <input type="checkbox"/> 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
--------------------	--	-----------------------------