



Colpensiones

**FORMATO NO. 1 - PARA AFILIACION**

(ANEXO NO. 5) FORMATO 1 - AUTORIZACION DESCUENTO AFILIACIONES

DATOS DE LA ENTIDAD

Razón Social  NIT  NO. LIBRANZA

Ciudad  Depto.  Dirección

Teléfono  Email Corporativo

DATOS EL PENSIONADO

Nombre y Apellidos  Fecha

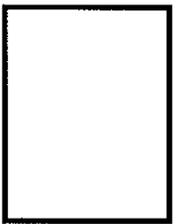
Cedula  Afiliación  Teléfono  Email

Ciudad  Depto.  Dirección

Porcentaje descuento afiliación  % Sobre VAP  Sobre Salario Mínimo  Otro

Cuota Fija (en letras)  Cuota Fija (\$)

Autorizo al pagador para que descuente el valor y numero de cuotas descritas en este formato, con destino a la entidad citada.  
EL VALOR TOTAL DE LOS DESCUENTOS EFECTUADOS NO DEBE EXCEDER EL 50% DE LA PENSION. SEGÚN EL ARTICULO 156 DEL CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO Y DEMAS NORMAS VIGENTES  
NOTA: Si el valor y/o número de cuotas presenta enmendaduras o tachones, No se ingresará la novedad



FIRMA DEL PENSIONADO

HUELLA

Vo. Bo. FIRMA Y SELLO REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA REGISTRADA