

FORMATO SOLICITUD NOVEDADES
DE NÓMINA DE PENSIONADOS

Código: FOR-MIS-GRP-021

Versión: 004
Fecha de Aprobación: Febrero 2020

Tipo Solicitud

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1 Actualización cuenta bancaria | 7 Autorización descuento mesada pensional - Caja de compensación familiar |
| 2 Certificación de estudios | 8 Requerimientos judiciales nómina de pensionados |
| 3 Prueba supervivencia | 9 Acrecimiento mesada pensional |
| 4 Certificado de defunción | 10 Reposición de mesadas |
| 5 Registro civil de defunción | 11 Mesadas causadas y no cobradas |
| 6 Actualización EPS | |

Información Causante y/o Titular Original del derecho

Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P	Documento
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	Sexo
Primer Nombre		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Primer Apellido		Segundo Nombre
Dirección Correspondencia		Segundo Apellido
Departamento Residencia		Correo Electrónico
Barrio Residencia		Ciudad Residencia
Celular		Teléfono

Información Personal Solicitante / Beneficiario 1

Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P	Documento
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	Sexo
Primer Nombre		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Primer Apellido		Segundo Nombre
Dirección Correspondencia		Segundo Apellido
Departamento Residencia		Correo Electrónico
Barrio Residencia		Ciudad Residencia
Celular		Teléfono

**FORMATO SOLICITUD NOVEDADES
DE NÓMINA DE PENSIONADOS**

Código: FOR-MIS-GRP-021

Versión: 004
Fecha de Aprobación: Febrero 2020

Parentesco	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Hijo Inválido
	<input type="checkbox"/>	Compañero (a)	<input type="checkbox"/>	Padres
	<input type="checkbox"/>	Hijos Menores	<input type="checkbox"/>	Hermano Inválido
	<input type="checkbox"/>	Hijos Estudiantes 18-25 años	<input type="checkbox"/>	Otro: _____

Información Personal Beneficiario 2

Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P	Documento
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	Sexo
Primer Nombre		Segundo Nombre
Primer Apellido		Segundo Apellido
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico
Departamento Residencia		Ciudad Residencia
Barrio Residencia		Teléfono
Celular		

Parentesco	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Hijo Inválido
	<input type="checkbox"/>	Compañero (a)	<input type="checkbox"/>	Padres
	<input type="checkbox"/>	Hijos Menores	<input type="checkbox"/>	Hermano Inválido
	<input type="checkbox"/>	Hijos Estudiantes 18-25 años	<input type="checkbox"/>	Otro: _____

Información Personal Beneficiario 3

Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P	Documento
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	Sexo
Primer Nombre		Segundo Nombre
Primer Apellido		Segundo Apellido
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico
Departamento Residencia		Ciudad Residencia

**FORMATO SOLICITUD NOVEDADES
DE NÓMINA DE PENSIONADOS**

Código: FOR-MIS-GRP-021

Versión: 004
Fecha de Aprobación: Febrero 2020

Barrio Residencia	Teléfono
Celular	

Parentesco	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero (a) <input type="checkbox"/> Hijos Menores <input type="checkbox"/> Hijos Estudiantes 18-25 años	<input type="checkbox"/> Hijo Inválido <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermano Inválido <input type="checkbox"/> Otro: _____
------------	---	--

Información Apoderado

Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P	
Primer Nombre	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Segundo Apellido	
Dirección Correspondencia	Correo Electrónico	
Departamento Residencia	Ciudad Residencia	
Barrio Residencia	Teléfono	
Celular		
Tarjeta Profesional / Provisional		

Información Tercero Solicitante

Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P	
Primer Nombre	Segundo Nombre	
Primer Apellido	Segundo Apellido	
Dirección Correspondencia	Correo Electrónico	
Departamento Residencia	Ciudad Residencia	
Barrio Residencia	Teléfono	
Celular		
Tarjeta Profesional / Provisional		

FORMATO SOLICITUD NOVEDADES
DE NÓMINA DE PENSIONADOS
Código: FOR-MIS-GRP-021

Versión: 004
Fecha de Aprobación: Febrero 2020

Tipo de Tercero	<input type="checkbox"/> Curador	<input type="checkbox"/> Tercero Autorizado	<input type="checkbox"/> Representante Legal
Razón Social	NIT		
Seleccione el medio por el cual autoriza a FONCEP para dar respuesta a su solicitud:			
1. Correo electrónico* <input type="checkbox"/>		2. Dirección física <input type="checkbox"/>	

FIRMA DEL SOLICITANTE

Nº Documento: _____

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable al FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscritos convenios con tal propósito, 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 FONCEP, 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 el FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP.

2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que el FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP, 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 FONCEP, ante las entidades u organismo pertinentes.

3. La información obtenida solo será para efectos propios del FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP.

*Ley 1437 de 2011 - CAPITULO IV: Utilización de medios electrónicos en el proceso administrativo