Colpensiones

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

RADICACIÓN

AFILIADO ◯ EMPLEADOR ◯

1. INFORMACIÓN A ACTUALIZAR

Marque con una X la información que desea actualizar y diríjase al módulo del numeral 3, correspondiente a la letra seleccionada.

A. ◯ DATOS DE UBICACIÓN AFILIADO
B. ◯ FECHA Y/O LUGAR DE NACIMIENTO
C. ◯ OCUPACIÓN U OFICIO
D. ◯ NOMBRES Y/O SEXO AFILIADO
E. ◯ TIPO Y/O NÚMERO DE DOCUMENTO
F. ◯ FECHA EXPEDICIÓN CÉDULA DE CIUDADANÍA
G. ◯ BENEFICIARIOS
H. ◯ NACIONALIDAD
I. ◯ FALLECIMIENTO DEL AFILIADO
J. ◯ ACTUALIZACIÓN DATOS EMPLEADOR

2. DATOS ACTUALES DEL AFILIADO

TIPO DE DOCUMENTO: CC ◯ CE ◯ TI ◯ PA ◯ CD ◯
NÚMERO DE DOCUMENTO

PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE

3. DETALLE DE LA INFORMACIÓN A ACTUALIZAR

A. DATOS DE UBICACIÓN AFILIADO

DIRECCIÓN RESIDENCIA
MUNICIPIO
DEPARTAMENTO
BARRIO / VEREDA
TELÉFONO
CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO

B. FECHA Y/O LUGAR DE NACIMIENTO

MUNICIPIO DE NACIMIENTO
DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO
FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA

C. OCUPACIÓN U OFICIO

OCUPACIÓN U OFICIO
ALTO RIESGO SÍ ◯ NO ◯

D. NOMBRES Y/O SEXO AFILIADO

PRIMER APELLIDO ANTERIOR
SEGUNDO APELLIDO ANTERIOR
PRIMER NOMBRE ANTERIOR
SEGUNDO NOMBRE ANTERIOR
SEXO M ◯ F ◯

E. TIPO Y/O NÚMERO DE DOCUMENTO

NÚMERO DE DOCUMENTO ANTERIOR
TIPO DE DOCUMENTO ANTERIOR: CC ◯ CE ◯ TI ◯ PA ◯ CD ◯

F. FECHA DE EXPEDICIÓN CÉDULA

AÑO MES DÍA

G. BENEFICIARIOS

TIPO DE DOCUMENTO: CC ◯ TI ◯ CE ◯ PA ◯ RC ◯
NÚMERO DE DOCUMENTO
FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA
SEXO M ◯ F ◯

PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE

PARENTESCO 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯
TIPO DE NOVEDAD INGRESO ◯ ACTUALIZACIÓN ◯ RETIRO ◯

NACIONALIDAD
DIRECCIÓN RESIDENCIA
MUNICIPIO
DEPARTAMENTO
BARRIO / VEREDA
TELÉFONO
CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO

H. NACIONALIDAD

NACIONALIDAD

I. FALLECIMIENTO DEL AFILIADO

FECHA DE DEFUNCIÓN AÑO MES DÍA
FECHA DE INSCRIPCIÓN REGISTRO AÑO MES DÍA

J. ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL EMPLEADOR (DATOS DE UBICACIÓN Y/O NOMBRE O RAZÓN SOCIAL)

NÚMERO DE DOCUMENTO
DV
TIPO DE DOCUMENTO: CC ◯ NIT ◯ CE ◯ TI ◯ PA ◯ CD ◯
NATURALEZA PÚBLICA ◯ PRIVADA ◯
CÓDIGO CIIU

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE
DIRECCIÓN
BARRIO / VEREDA
MUNICIPIO
DEPARTAMENTO
TELÉFONO
CELULAR
SUCURSAL
CORREO ELECTRÓNICO

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, 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 COLPENSIONES, 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 COLPENSIONES. **2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN.** El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, 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 COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. **3.** La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (Incluye correo electrónico, página web y mensajes móvil). SÍ ◯ NO ◯

FIRMA DEL AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

"TU FUTURO LO CONSTRUIMOS ENTRE LOS DOS"

cadena s.a.

Instructivo Para El Diligenciamiento Del Formulario De Actualización De Datos.

El formulario debe diligenciarse en letra imprenta mayúscula y legible, tinta negra, sin borrones, ni tachones ni enmendaduras.
Para todos los casos donde se quiera reportar la actualización de información propia del afiliado, de manera OBLIGATORIA se debe diligenciar la sección 2 "DATOS ACTUALES DEL AFILIADO" de este formulario.

SELECCIÓN OBLIGATORIA. Marque con una equis (X) la casilla que corresponda según lo siguiente:
Afiliado: Si la información a actualizar corresponde al afiliado.
Empleador: Si la información a actualizar corresponde al empleador

1. INFORMACIÓN A ACTUALIZAR
Identifique en ésta sección las Actualizaciones que pretende realizar y marque con una "X" las opciones correspondientes, luego diríjase a la sección 3 "DETALLE DE LA INFORMACIÓN A ACTUALIZAR" y registre los datos en los módulos de las letras seleccionadas.
Tenga en cuenta que las opciones de los literales A, B, D, E, F, G, H e I, son para reportar la actualización de información propia del afiliado. Las opciones C y J solo pueden ser reportadas por el Empleador.
La opción J debe reportarse como un único trámite.

2. DATOS ACTUALES DEL AFILIADO
La siguiente información debe ser registrada tal como aparece en el documento de identidad del afiliado.

Número de Documento: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el número de identificación del afiliado.
Tipo Documento: (CAMPO OBLIGATORIO). Marque con una equis (X) la casilla que corresponda teniendo en cuenta: CC, Cédula de Ciudadanía; CE, Cédula de Extranjería; TI, Tarjeta de Identidad; PA, Pasaporte; CD, Carné Diplomático.
Primer Apellido: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el primer apellido del afiliado.
Segundo Apellido: Escriba el segundo apellido del afiliado.
Primer Nombre: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el primer nombre del afiliado.
Segundo Nombre: Escriba el segundo nombre del afiliado.

3. DETALLE DE LA INFORMACIÓN A ACTUALIZAR
Para el diligenciamiento de esta sección, tenga en cuenta que únicamente debe registrar los datos correspondientes a los módulos de las opciones seleccionadas en la sección del numeral 1.

A. DATOS DE UBICACIÓN AFILIADO

Dirección Residencia: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba la dirección completa donde el afiliado recibe su correspondencia. Esta dirección debe ser en Colombia.
Municipio: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba la ciudad o municipio del lugar de correspondencia señalada en el campo anterior.
Departamento: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el Departamento de la ciudad o municipio señalado en el campo anterior.
Barrio/ Vereda: Escriba el nombre del Barrio, localidad o vereda de la dirección señalada anteriormente.
Teléfono: Escriba un número de teléfono fijo para contacto con el afiliado.
Celular: Escriba el número de teléfono celular del afiliado.
Correo Electrónico: Escriba una dirección de correo electrónico válida para contacto con el afiliado.

B. FECHA Y/O LUGAR DE NACIMIENTO

Municipio de Nacimiento: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba la ciudad o municipio de nacimiento del afiliado.
Departamento de Nacimiento: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el departamento de nacimiento del afiliado.
Fecha de Nacimiento: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba la fecha correcta de nacimiento del afiliado, en formato: año/mes/día, ejemplo 1980 02 08.

C. OCUPACIÓN U OFICIO (Módulo exclusivo para ser reportado por el empleador).

(OBLIGATORIO). Diligencie la sección 2 "DATOS ACTUALES DEL AFILIADO".
Escriba el nombre de la ocupación u oficio que desempeña actualmente el afiliado y marque con una equis (X) en la casilla correspondiente si tal ocupación es de alto riesgo o no.

D. NOMBRES Y/O SEXO AFILIADO.

En los siguientes campos debe escribir los datos anteriores o desactualizados del afiliado, teniendo en cuenta que la información actual será tomada la sección del numeral 2 de este formulario.

Primer Apellido Anterior: Escriba el primer apellido anterior o que desea cambiar. Campo OBLIGATORIO para cambio de nombre.
Segundo Apellido Anterior: Escriba el segundo apellido anterior o que desea cambiar.
Primer Nombre Anterior: Escriba el primer nombre anterior o que desea cambiar. Campo OBLIGATORIO para cambio de nombre.
Segundo Nombre Anterior: Escriba el segundo nombre anterior o que desea cambiar.
Sexo: (Marque con una equis (X) la casilla correspondiente teniendo en cuenta: M, masculino; F, femenino.

E. TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO

En los siguientes campos debe escribir los datos anteriores o desactualizados del afiliado, teniendo en cuenta que la información actual será tomada de la sección del numeral 2 de este formulario.

Número de Documento Anterior: Escriba el número de identificación errado o desactualizado del afiliado.
Tipo de Documento Anterior: Marque con una equis (X) la casilla que corresponda teniendo en cuenta: CC, Cédula de ciudadanía; CE, Cédula de Extranjería; TI, Tarjeta de identidad; PA, Pasaporte; CD, Carné Diplomático.

F. FECHA DE EXPEDICIÓN CÉDULA

Escriba la fecha correcta de expedición de la cédula de ciudadanía del afiliado en formato año/mes/día, ejemplo 1980 02 08

G. BENEFICIARIOS

Tipo de Documento.: (CAMPO OBLIGATORIO). Marque con una (X) la casilla que corresponda al tipo de documento del beneficiario teniendo en cuenta: CC, Cédula de ciudadanía; TI, Tarjeta de identidad; CE, Cédula de Extranjería; PA, Pasaporte; RC, Registro Civil.
Número de Documento: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el número de identificación del beneficiario.
Fecha de Nacimiento: (CAMPO OBLIGATORIO) (solo aplica si el tipo de novedad es Ingreso o Actualización). Escriba la fecha de nacimiento del beneficiario en formato año-mes-día ejemplo 1980 02 08.
Sexo: (CAMPO OBLIGATORIO) (solo aplica si el tipo de novedad es Ingreso o Actualización). Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente teniendo en cuenta: M, Masculino; F, Femenino.
Primer Apellido: CAMPO OBLIGATORIO. Escriba el primer apellido del beneficiario
Segundo Apellido: Escriba el segundo apellido del beneficiario
Primer Nombre: CAMPO OBLIGATORIO. Escriba el primer nombre del beneficiario.
Segundo Nombre: Escriba el segundo nombre del beneficiario.
Parentesco: (CAMPO OBLIGATORIO) (solo aplica si el tipo de novedad es Ingreso o Actualización). Marque con una equis (X) la casilla que corresponda teniendo en cuenta: 1-cónyuge, 2-compañero permanente, 3-padres, 4-hijos, 5- hijos inválidos, 6- hermanos inválidos.
Tipo de Novedad: (CAMPO OBLIGATORIO). Marque con una equis (X) la casilla que corresponda teniendo en cuenta: Ingreso, para reportar un nuevo beneficiario; Actualización para modificar o actualizar datos del beneficiario; Retiro, si desea retirar un beneficiario previamente inscrito.
Nacionalidad: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba en este campo la nacionalidad del beneficiario.
Dirección Residencia: (CAMPO OBLIGATORIO, si el tipo de novedad es Ingreso o Actualización). Escriba la dirección completa de residencia del beneficiario
Municipio: (CAMPO OBLIGATORIO si el tipo de novedad es Ingreso o Actualización). Escriba la ciudad o municipio de la dirección de residencia del beneficiario.
Departamento: (CAMPO OBLIGATORIO si el tipo de novedad es Ingreso o Actualización) Escriba el departamento de la ciudad o municipio de residencia del beneficiario.
Barrio o Vereda Residencia: (CAMPO OBLIGATORIO si el tipo de novedad es Ingreso o Actualización). Escriba el barrio, localidad o vereda de la dirección señalada anteriormente.

Teléfono: Escriba el número de teléfono para contacto con el beneficiario.
Celular: Escriba el número de teléfono celular del beneficiario.
Correo electrónico: Escriba una dirección de correo electrónico valida del beneficiario.

H. NACIONALIDAD

Nacionalidad: Escriba en este campo la nueva nacionalidad del afiliado.

I. FALLECIMIENTO DEL AFILIADO.

Esta información puede ser reportada por el empleador o por familiares del afiliado fallecido.

Fecha de Defunción: CAMPO OBLIGATORIO. Escriba la fecha de fallecimiento que figura en el Registro Civil de Defunción, en formato año-mes-día, ejemplo 2001 06 08
Fecha de Inscripción Registro: CAMPO OBLIGATORIO. Escriba la fecha de Inscripción que figura en el Registro Civil de Defunción, en formato año-mes-día, ejemplo 2001 06 08

J. ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL EMPLEADOR (DATOS DE UBICACIÓN Y/O NOMBRE O RAZÓN SOCIAL).

Diligencie esta sección si usted como Empleador ha cambiado sus datos de ubicación y/o nombre o razón social.

Número Documento: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el número de documento del empleador. Para tipo de documento NIT debe indicar el dígito de verificación (DV).
Tipo Documento: (CAMPO OBLIGATORIO). Marque con una equis (X) la casilla que corresponda teniendo en cuenta: CC, Cédula de Ciudadanía; NIT, Número de Identificación Tributaria; CE, Cédula de Extranjería; TI Tarjeta de Identidad; PA, Pasaporte; CD, Carné Diplomático.
Naturaleza: (CAMPO OBLIGATORIO). Marque con una equis (X) la casilla que corresponda según la naturaleza de la entidad.
Código CIIU: Este campo debe ser registrado por el empleador ingresando el código de clasificación de la actividad económica que realiza de acuerdo con su RUT (Registro único tributario).
Nombre o Razón Social Empleador: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el nombre o razón social del empleador, tal como figura en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por Cámara de Comercio.
Dirección: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba la dirección completa y actualizada del empleador.
Barrio o Vereda: Escriba el nombre del Barrio, localidad o vereda de la dirección del empleador.
Municipio: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba la ciudad o municipio de la dirección del empleador.
Departamento: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el Departamento de la ciudad o municipio señalado anteriormente.
Teléfono: (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el número de teléfono para contacto con el Empleador.
Celular: Escriba el número de teléfono celular para contacto con el Empleador.
Sucursal: Escriba el nombre de la sucursal que desea actualizar.
Correo Electrónico: Escriba una dirección de correo electrónico válida para contacto con el empleador.
Autorización Uso de Medios Electrónicos: Marque con una equis (X) la casilla que corresponda, teniendo en cuenta si desea o no recibir información a través de medios electrónicos.

FIRMAS

Firma del Afiliado: (CAMPO OBLIGATORIO). Espacio para la firma del afiliado.
Nombres y Apellidos del Representante Legal o Persona Autorizada: (CAMPO OBLIGATORIO SOLO PARA EMPLEADORES). Escriba los nombres y apellidos del representante legal de la empresa o de la persona autorizada, tal como aparecen en el documento de identidad.
Firma del Representante Legal o Persona Autorizada: (CAMPO OBLIGATORIO SOLO PARA EMPLEADORES). Espacio para la firma del Representante Legal o Persona Autorizada.