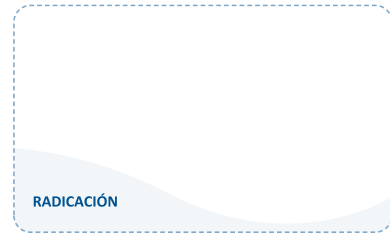


## FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN NOVEDAD DE RETIRO RETROACTIVO



Tipo de solicitante:    **Empleador**     **Afiliado**     **Apoderado**     **Tercero Autorizado**     **Familiar del Afiliado Fallecido**

### A. DATOS DEL SOLICITANTE

1. Razón social o nombre <input type="text"/>									
2. Tipo de documento CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> CD <input type="radio"/>			3. Número de documento <input type="text"/>			4. Dirección de correspondencia <input type="text"/>			
5. Barrio de correspondencia <input type="text"/>					6. Ciudad/municipio <input type="text"/>				
7. Departamento <input type="text"/>					8. Teléfono fijo <input type="text"/>		Extensión <input type="text"/>	9. Celular <input type="text"/>	
AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - 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, mensajes móvil)							SÍ <input type="radio"/>	11. Correo electrónico <input type="text"/>	
							NO <input type="radio"/>		

### B. DATOS DEL PAGO

12. Referencia de pago o sticker <input type="text"/>			13. Periodo de cotización Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/>		14. Tipo de documento aportante CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> CD <input type="radio"/>		15. Número de documento aportante <input type="text"/>	
--	--	--	--	--	---	--	---	--

### C. TIPO DE ENTIDAD APORTANTE

16. Tipo de entidad. Marque con una X la casilla que corresponda.

Entidad privada en operación <input type="radio"/>	Aprendiz del SENA <input type="radio"/>	Entidad pública <input type="radio"/>
Entidad privada liquidada o inactiva <input type="radio"/>	Sustitución patronal <input type="radio"/>	Agremiación, asociación o cooperativa <input type="radio"/>
Persona natural/trabajador dependiente <input type="radio"/>	Entidad privada en reestructuración, liquidación o concordato <input type="radio"/>	Fusión societaria <input type="radio"/>

**1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN:** el afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa e irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes esta 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 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.

17. Firma del solicitante

---

## INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE NOVEDAD DE RETIRO RETROACTIVO

El formulario debe diligenciarse en letra imprenta mayúscula y legible, tinta negra, sin borrones, tachones ni enmendaduras.

Para la radicación de este formulario, es obligatorio que venga acompañado de un formulario de Autoliquidación de Aportes debidamente diligenciado y los documentos requeridos para el trámite.

Recuerde que si necesita reportar la novedad de retiro retroactivo para varios afiliados, debe diligenciar los formularios mencionados en forma independiente para cada afiliado.

**TIPO DE SOLICITANTE:** SELECCIÓN OBLIGATORIA. Marque con una equis (X) la casilla que corresponda teniendo en cuenta:

- **Empleador:** Si la solicitud es realizada por el empleador.
- **Afiliado:** Si la solicitud la realiza el titular de la información.
- **Apoderado:** Si la solicitud es realizada por un abogado debidamente autorizado por el afiliado mediante poder.
- **Tercero Autorizado:** Si la solicitud es realizada por una persona con autorización por parte del afiliado para actuar en su nombre.
- **Familiar de Afiliado Fallecido:** Si la solicitud es efectuada por un hijo, padre, cónyuge o compañero(a) del afiliado fallecido.

### A. DATOS DEL SOLICITANTE

- 1. Razón Social o Nombre:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el nombre de la persona natural o jurídica que realiza la solicitud.  
Para los nombres de personal natural por favor escríbalos en el siguiente orden:  
**Primer Nombre - Segundo Nombre-Primer Apellido - Segundo Apellido**
- 2. Tipo de documento:** (CAMPO OBLIGATORIO), Marque con una equis (X) la casilla que corresponda teniendo en cuenta: CC, Cédula de ciudadanía; CE, Cédula de Extranjería; NIT, Número de Identificación Tributario; TI, Tarjeta de identidad; PA, Pasaporte; CD, Carné Diplomático.
- 3. Número de documento:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el número de identificación del solicitante.
- 4. Dirección de Correspondencia:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba la dirección donde el solicitante recibe su correspondencia.
- 5. Barrio de Correspondencia:** Escriba el nombre del Barrio, localidad o vereda de la dirección señalada en el campo anterior.
- 6. Ciudad/Municipio:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba la ciudad o municipio de la dirección de correspondencia señalada.
- 7. Departamento:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el Departamento de la ciudad o municipio señalado en el campo anterior.
- 8. Teléfono Fijo / Extensión:** Escriba el número de teléfono para contacto con el solicitante y el número de la extensión de ser necesario. Campo OBLIGATORIO en caso de no registrar información en el campo No. 9.
- 9. Celular:** Escriba el número de teléfono celular para contacto con el solicitante. Campo OBLIGATORIO en caso de no registrar información en el campo No. 8.
- 10. Autorización Uso de Medios Electrónicos:** (CAMPO OBLIGATORIO). Marque con una equis (X) la casilla que corresponda, teniendo en cuenta si desea o no recibir información a través de medios electrónicos.
- 11. Correo Electrónico:** Si marcó la opción "Si" del campo anterior, escriba una dirección de correo electrónico válida para contacto con el solicitante.

### B. DATOS DEL PAGO:

- 12. Referencia de Pago o sticker:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el Número del sticker o referencia de pago que identifica al ciclo de cotización de la novedad de retiro, este lo puede encontrar en el anexo "Detalle de Pagos Efectuados a Partir de 1995" de la historia laboral del afiliado.

**13. Período de Cotización:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el ciclo o período de cotización en formato año –mes, de la novedad de retiro.

**14. Tipo de Documento Aportante:** (CAMPO OBLIGATORIO). Marque con una equis (X) la casilla que corresponda teniendo en cuenta: CC, Cédula de ciudadanía; CE, Cédula de Extranjería; NIT, Número de Identificación Tributario; TI, Tarjeta de identidad; PA, Pasaporte; CD, Carné Diplomático.

**15. Número de Documento Aportante:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el número de identificación del aportante.

### C. TIPO DE ENTIDAD APORTANTE:

**16. Tipo de Entidad:** (CAMPO OBLIGATORIO). Marque con una equis (X) la casilla que corresponda.

**IMPORTANTE:** Los documentos que debe entregar, además de la copia del Documento de Identidad del afiliado ampliado al 150% y el Formulario de Autoliquidación de Aportes debidamente diligenciado, para tramitar su solicitud según el tipo de entidad seleccionado son los siguientes:

- **Entidad privada en operación (lo mismo aplica para entidades en Fusión Societaria o Sustitución Patronal):** Original del Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por Cámara de Comercio (No mayor a 3 meses) en el que conste que la empresa se encuentra activa, Certificación original expedida por el representante legal en la que conste la fecha de retiro definitivo del trabajador, Copia de la liquidación definitiva de salarios y prestaciones sociales a favor del trabajador.
- **Entidad privada liquidada o inactiva:** Original del Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por Cámara de Comercio (No mayor a 3 meses), Certificación original expedida por el representante legal o liquidador en la que conste la fecha de retiro definitivo del trabajador, Copia Auténtica de la liquidación definitiva de salarios y prestaciones sociales a favor del trabajador.
- **Persona natural - Trabajador dependiente:** Copia auténtica de la liquidación de prestaciones sociales donde conste la fecha de terminación del vínculo laboral, Copia del registro civil de defunción del empleador (en aquellos eventos en los cuales el empleador haya fallecido, podrá acreditarse la desvinculación del trabajador con este documento). Si no es obtenible ninguno de los documentos anteriores bastará con adjuntar a la autoliquidación, que en el segundo caso podrá estar firmada por el afiliado, una declaración Original en la que conste la fecha del retiro.
- **Aprendiz del SENA:** Certificación original expedida por la empresa donde el aprendiz realizó la práctica, donde conste la fecha de terminación de la actividad.
- **Entidad privada en reestructuración, liquidación o concordato:** Original del Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por Cámara de Comercio (No mayor a 3 meses), Certificación original expedida por el representante legal en la que conste la fecha de retiro definitivo del trabajador, Copia Auténtica de la liquidación definitiva de salarios y prestaciones sociales a favor del trabajador o Certificación Original de que no se ha cancelado y que hace parte de las deudas reconocidas dentro del proceso concursal respectivo.
- **Entidad pública:** Copia del Acto Administrativo de Aceptación de Renuncia o copia del Acto Administrativo de Declaratoria de Insubsistencia o Destitución del Cargo o copia del Acto Administrativo de Declaratoria de Supresión del Cargo.
- **Agremiación, Asociación o Cooperativa:** Si el trabajador es a título de dependiente de la Agremiación, Asociación o Cooperativa, se deben entregar los documentos señalados para el tipo de entidad Privada en Operación.

**17. Firma del Solicitante:** (CAMPO OBLIGATORIO), espacio para la firma del solicitante.