



Fecha de Diligenciamiento

Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

PENSIONADOS COLPENSIONES

PENSIONADO EMPOS Y METALES PRECIOSOS

**DATOS GENERALES OBLIGATORIOS**

**DATOS DEL PENSIONADO O BENEFICIARIO**

Pensionado  Beneficiario  Tipo de documento RC  TI  CC  CE  P  Número de documento \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento D I A \_\_\_\_\_ M E S \_\_\_\_\_ A Ñ O \_\_\_\_\_

Indique el número de afiliación de la pensión que requiere se aplique la novedad solicitada, este lo encontrará en el Comprobante de Pago: Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_

Números de afiliación (máximo 12 dígitos) \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad o Municipio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Autorizo a Colpensiones a enviar la información que considere oportuna y necesaria al correo electrónico: SI  NO

En caso de indicar SI, registre su correo electrónico \_\_\_\_\_

Si usted es BENEFICIARIO de pensión diligencie documento del causante: Tipo de documento causante TI  CC  CE  P  Número de documento causante \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE (TERCERO AUTORIZADO Y/O APODERADO):**

Calidad del solicitante Tercero Autorizado  Apoderado  Nombre persona jurídica \_\_\_\_\_

Tipo de documento NIT  CC  CE  P  Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_

Número de documento \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad o Municipio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Autorizo a Colpensiones a enviar la información que considere oportuna y necesaria al correo electrónico: SI  NO

En caso de indicar SI, registre su correo electrónico \_\_\_\_\_

**AFILIACIÓN A TERCEROS**

Entidad (Asociación - Caja Comp.) \_\_\_\_\_ NIT \_\_\_\_\_

Causal: Solicitud Pensionado  Si corresponde a Cooperativas, Fondos de Empleados o Banco, la entidad reportará la novedad directamente a Colpensiones.

**CANCELACIÓN AFILIACIÓN A TERCEROS**

Entidad (Asociación - Caja Comp.) \_\_\_\_\_ NIT \_\_\_\_\_

Causal: Orden Judicial  Orden Asociación y/o Caja Comp.  Si corresponde a Cooperativas, Fondos de Empleados o Banco, la entidad reportará la novedad directamente a Colpensiones.

**CREACIÓN DE EMBARGOS**

Juzgado \_\_\_\_\_ Número de oficio \_\_\_\_\_ Fecha D I A \_\_\_\_\_ M E S \_\_\_\_\_ A Ñ O \_\_\_\_\_

Tipo de Embargo: Alimentos  Ejecutivos Alimentos  Ejecutivos  Número de proceso \_\_\_\_\_ (23 caracteres obligatorios sin guiones)

**DATOS DEMANDANTE**

Tipo identificación NIT  P  CC  CE  Nombre persona jurídica \_\_\_\_\_

Número de documento \_\_\_\_\_ Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Consigna cuenta demandante: NO  SI  Si marcó SI diligencie entidad bancaria, número y tipo de cuenta.

Entidad Bancaria \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta Ahorros  Corriente

**CUANTÍA EMBARGO**

Tipo de aporte Suma fija Valor \$ \_\_\_\_\_ Porc. % \_\_\_\_\_ Con incremento % SI  NO

Aplica embargo prima Junio  Suma fija Valor \$ \_\_\_\_\_ Porc. % \_\_\_\_\_ Con incremento % SI  NO

Aplica embargo prima Diciembre  Suma fija Valor \$ \_\_\_\_\_ Porc. % \_\_\_\_\_ Con incremento % SI  NO

Total embargado \$ \_\_\_\_\_ Nombre firmante del oficio \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

**CANCELACIÓN DE EMBARGO**

Juzgado (en el cual se encuentra el embargo) \_\_\_\_\_ Número de oficio del embargo \_\_\_\_\_ Fecha D I A \_\_\_\_\_ M E S \_\_\_\_\_ A Ñ O \_\_\_\_\_

Demandado \_\_\_\_\_ Tipo identificación NIT  P  CC  CE  Número de documento \_\_\_\_\_

Causal: Cancelación valor total  Cancelación cuantía  Orden judicial

Nombre firmante del oficio \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Observaciones del solicitante: \_\_\_\_\_

- 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 refieren 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.

## FORMULARIO PARA INFORMAR NOVEDADES DE PENSIONADOS O BENEFICIARIOS 3

Este Formato es para: **Novedad Afiliación Terceros, Novedad Cancelación Afiliación Terceros, Novedad Creación de Embargos, Novedad Cancelación de Embargos.**

Señor Pensionado bienvenido a COLPENSIONES. Para registrar su novedad proceda a diligenciar este formulario en letra mayúscula e imprenta legible y clara, sin borrones, ni tachones y en lo posible en tinta negra, sin salirse de los recuadros.

Seleccione la empresa a la cual pertenece la prestación pensional (**Colpensiones o Empos y metales preciosos**)

### DATOS GENERALES OBLIGATORIOS

#### DATOS DEL PENSIONADO O BENEFICIARIO:

- **Seleccione la condición de pensión:** (Causante o Beneficiario)
- **Fecha de radicación:** Indique en la casilla correspondiente el día, mes y año de la solicitud
- **Tipo identificación:** Diligencie la casilla que corresponda a su documento de identificación: RC. Si es registro civil, TI si es tarjeta de identidad, CC si es cédula de ciudadanía, CE si es cédula de extranjería y P si es pasaporte.
- **Número identificación:** Indique el número de identificación completo.
- **Fecha de nacimiento:** Indique fecha día, mes y año
- **Número de afiliación:** Relacione en este campo el número de afiliación el cual se puede obtener en el desprendible de pago.
- **Primer apellido:** Indique el primer apellido del pensionado o beneficiario, como figura en el documento de identidad.
- **Segundo apellido:** Indique el segundo apellido del pensionado o beneficiario, como figura en el documento de identidad.
- **Primer nombre:** Indique el primer nombre del pensionado o beneficiario, como figura en el documento de identidad.
- **Segundo nombre:** Indique el segundo nombre del pensionado o beneficiario, como figura en el documento de identidad.

#### DATOS DEL SOLICITANTE: Cuando se actúa en nombre y representación de otra persona

- **Calidad del solicitante:** Diligencie la casilla que corresponda según sea usted autorizado o apoderado (abogado)
- **Tipo identificación:** Diligencie la casilla que corresponda así: CC si es cédula de ciudadanía, CE si es cédula de extranjería, NIT si es Número de identificación tributario y P si es pasaporte
- **Número identificación:** Indique el número de identificación completo.
- **Nombre persona jurídica:** Indique el nombre o razón social de la Empresa si quien actúa en nombre del pensionado o beneficiario es una persona jurídica
- **Primer apellido:** Indique el primer apellido del autorizado o apoderado, como figura en el documento de identidad.
- **Segundo apellido:** Indique el segundo apellido del autorizado o apoderado, como figura en el documento de identidad.
- **Primer nombre:** Indique el primer nombre del autorizado o apoderado, como figura en el documento de identidad.
- **Segundo nombre:** Indique el segundo nombre del autorizado o apoderado, como figura en el documento de identidad.

#### UBICACIÓN DEL PENSIONADO O DEL SOLICITANTE:

- **Dirección:** Indique la dirección de la residencia en forma completa
- **Ciudad o Municipio:** Indique el nombre de la ciudad/municipio donde reside.
- **Departamento:** Indique el nombre del departamento donde reside.
- **Teléfono Fijo:** Indique el indicativo correspondiente a la ciudad/municipio de residencia seguido el número telefónico de la residencia
- **Teléfono Celular:** Indique su número de celular donde puede ser localizado.
- **Correo electrónico:** Indique el correo electrónico personal.
- **AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.** SI \_\_\_ o NO \_\_\_, desea que la información sea remitida a su correo electrónico.

#### AFILIACIÓN TERCEROS

Para informar la afiliación del pensionado o beneficiario a una Asociación-Caja de Compensación.

- **Entidad Tercero:** Indique el nombre completo de la Entidad a la cual está afiliado
- **NIT Tercero:** Indique el número de identificación tributaria (NIT) de la Entidad a la cual está afiliado
- **Causal:** Indique la causal.

#### CANCELACIÓN AFILIACIÓN TERCERO

Para solicitar la cancelación de una afiliación a una Asociación-Caja de Compensación.

- **Entidad Tercero:** Indique el nombre completo de la Entidad a la cual está afiliado
- **NIT Tercero:** Indique el número de identificación tributaria (NIT) de la Entidad a la cual está afiliado
- **Causal:** Indique con una X la casilla que corresponda si es por orden judicial o por orden de la asociación y/o Caja Compensación.

#### CREACIÓN DE EMBARGOS

- **Juzgado:** Indique el nombre del despacho judicial, que ordene el embargo
- **Número de oficio:** Indique el número de la comunicación de la orden judicial.
- **Fecha:** Indique día, mes y año del oficio judicial.
- **Tipo de embargo:** Indique el tipo de embargo que se debe aplicar.
- **Número del Proceso:** Relacione los veintitrés (23) caracteres que componen el número del proceso.

#### DATOS DEMANDANTE

- **Tipo identificación:** Seleccione la casilla que corresponda al documento de identificación: NIT si es número de identificación tributario, P si es pasaporte, CC si es cédula de ciudadanía, CE si es cédula de extranjería.
- **Número de documento:** Indique el número de identificación completo.
- **Nombre persona jurídica:** Indique el nombre o razón social de la entidad demandante.
- **Primer apellido:** Indique el primer apellido del demandante, como figura en el documento de identidad.
- **Segundo apellido:** Indique el segundo apellido del demandante, como figura en el documento de identidad.
- **Primer nombre:** Indique el primer nombre del demandante, como figura en el documento de identidad.
- **Segundo nombre:** Indique el segundo nombre del demandante, como figura en el documento de identidad.
- **Consigna cuenta demandante:** Seleccione este campo de acuerdo a la orden judicial.
- **Entidad Bancaria:** de haber seleccionado SI al campo anterior, debe indicar el nombre de la entidad bancaria, el número de cuenta y tipo de cuenta.

#### CUANTÍA DEL EMBARGO

- **Tipo de aporte:** Seleccione de acuerdo a la orden Judicial ( Suma fija, Porcentaje % y si aplica incrementos anuales)
- **Aplica Embargo Prima:** Indique si la Orden incluye embargo a la mesada adicional de Junio y Diciembre, de ser afirmativo deberá relacionar ( Suma fija, Porcentaje % y si aplica incrementos anuales)
- **Total del embargo:** Indique el valor total ordenado por el juzgado, de no estar relacionado en el proceso deberá asignarse cero (0).
- **Nombre del firmante del oficio:** Indique el nombre de la autoridad que ordena el embargo.
- **Cargo:** Indique el cargo que desempeña la autoridad del embargo.

#### CANCELACIÓN DE EMBARGOS

- **Juzgado:** Indique el nombre del despacho judicial.
- **Número de oficio:** Indique el número de la comunicación de la orden judicial.
- **Fecha:** Indique día, mes y año del oficio judicial.
- **Demandado:** Indique el nombre del pensionado al cual el juzgado ordena levantar medida cautelar.
- **Tipo identificación:** Seleccione la casilla que corresponda al documento de identificación del demandado: NIT si es número de identificación tributario, P si es pasaporte, CC si es cédula de ciudadanía, CE si es cédula de extranjería.
- **Número de documento:** Indique el número de identificación completo.
- **Nombre del firmante del oficio:** Indique el nombre de la autoridad que ordena el embargo.
- **Cargo:** Indique el cargo que desempeña la autoridad del embargo.
- **Causal:** Seleccione la causal que se ajusta a lo ordenado por el Juzgado.

**Firma, Número documento y Nombre del pensionado o Apoderado:** Firme la solicitud, Indique su número de identificación actual y nombres-apellidos completos.

**Observaciones del pensionado y/o Beneficiario:** Su opinión es importante para Colpensiones, si Usted tiene alguna observación en el diligenciamiento de los formatos, escríbalo en este campo.

