

Fecha de Diligenciamiento

Día Mes Año

PENSIONADOS COLPENSIONES

PENSIONADO EMPOS Y METALES PRECIOSOS

DATOS GENERALES OBLIGATORIOS

DATOS DEL PENSIONADO O BENEFICIARIO

GRP-NOV-PE

Pensionado ☐	Beneficiario ☐	Tipo de documento RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ P ☐	Número de documento	Fecha de nacimiento DÍA MES AÑO
Indique el número de afiliación de la pensión que requiere se aplique la novedad solicitada, este lo encontrará en el Comprobante de Pago: Números de afiliación (máximo 12 dígitos)		Primer apellido	Segundo apellido	
Dirección		Primer nombre	Segundo nombre	
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
Número de documento	Segundo apellido
Dirección	Primer nombre
Teléfono Fijo	Segundo nombre
Teléfono Celular	Ciudad o Municipio
Departamento	
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	

SOLICITUD PRÉSTAMOS

Bancos ☐	Cooperativas ☐	Asociaciones ☐	Fondos ☐
Entidad crediticia (Asociación - Cajas de Compensación Filiar)	NIT	Número de libranza	
Valor Total	Valor de Cuota	No. de Cuotas	Si corresponde a Cooperativas, Banco, o Fondos de Empleados, la entidad reportará la novedad directamente a Colpensiones.

CANCELACIÓN PRÉSTAMOS

Entidad (Cooperativas, Fondos de Empleados, Asociación, Banco o Cajas de Compensación)	NIT
Causal: Orden Judicial ☐	Paz y Salvo ☐
Orden Asociación y/o Caja Comp. ☐	Fallecimiento ☐

PAGO A HEREDEROS

DATOS BÁSICOS DEL CAUSANTE Y/O BENEFICIARIO FALLECIDO

Fecha de Fallecimiento DÍA MES AÑO	Tipo de identificación CC ☐ CE ☐ P ☐	Número de documento
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre
Segundo nombre	Mesadas no cobradas por el pensionado y/o beneficiario antes del fallecimiento desde	AÑO MES hasta AÑO MES

DATOS BÁSICOS DEL HEREDERO AUTORIZADO

Tipo identificación RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ P ☐	Número de documento	Fecha de nacimiento DÍA MES AÑO	Sexo M ☐ F ☐
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	
Segundo nombre	Ciudad o Municipio	Departamento	
Dirección	Nacionalidad		
Teléfono	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			
Parentesco			
Cónyuge ☐	Compañero (a) ☐	Hijo ☐	Ascendientes ☐
Hermano inválido ☐	Asegurado ☐	Otro ☐	Cual ☐

OTRAS SOLICITUDES NOVEDADES

Ajuste en salud ☐	Fundamento de la solicitud
Mesada adicional ☐	Fundamento de la solicitud
Reajuste anual ☐	Fundamento de la solicitud

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 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.

FORMULARIO PARA INFORMAR NOVEDADES DE PENSIONADOS O BENEFICIARIOS 4

Este Formato es para: Novedad Traslado de Cuenta Pensión, Novedad Solicitud Reintegro, Novedad Reingreso Pensión y/o Beneficiario Incremento, Novedad Retiro, Pensión y/o Beneficiario Incremento, Novedad Suspensión Pensión y Beneficiario y/o Incremento.

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.

SOLICITUD PRÉSTAMOS:

- **Marque con una (x) la opción correspondiente:** Bancos, Cooperativas, Asociaciones, Fondos. Entidad crediticia (Asociación, Cajas de compensación familiar) relacione el nombre de la entidad.
- **NIT Tercero:** Indique el número de identificación tributaria (NIT) de la Entidad que le otorgó el préstamo
- **Fecha del préstamo:** Indique en las casillas correspondientes el día, mes y año en el cual la entidad le otorgó el préstamo
- **Número de Libranza:** Indique el número de la libranza que aparece en el formulario que firmó cuando le otorgaron el préstamo

- **Valor total:** Indique el valor total del préstamo aprobado por la entidad
- **Valor cuota:** Indique el valor de la cuota mensual que acordó con la entidad que le otorgó el préstamo y que aparece en la libranza
- **Número de cuotas:** Indique el número de cuotas mensuales que acordó con la entidad que le otorgó el préstamo y que aparece en la libranza

CANCELACIÓN PRÉSTAMO

Para solicitar la cancelación de un préstamo por pago definitivo o por fallecimiento del pensionado.

- **Entidad crediticia** (Cooperativas, Fondos de Empleados, Asociación, Bancos o Cajas de Compensación) relacione el nombre de la entidad.
- **NIT Tercero:** Indique el número de identificación tributaria (NIT) de la Entidad que le otorgó el préstamo
- **Causal:** Indique con una X la casilla que corresponda: Orden Judicial, fallecimiento del pensionado o beneficiario deudor, paz y salvo por pago del total de la deuda o por orden de la entidad crediticia.

PAGO HEREDEROS

DATOS BÁSICOS DEL CAUSANTE Y/O BENEFICIARIO FALLECIDO

- **Fecha de Fallecimiento:** Relacione día, mes y año.
- **Tipo identificación:** Diligencie la casilla que corresponda al documento de identificación del fallecido: CC si es cédula de ciudadanía, CE si es cédula de extranjería, P si es pasaporte.
- **Número identificación:** Indique el número de identificación completo del fallecido, de acuerdo al documento seleccionado
- **Primer apellido:** Indique el primer apellido del fallecido, como figuraba en el documento de identidad.
- **Segundo apellido:** Indique el segundo apellido del fallecido, como figuraba en el documento de identidad.
- **Primer nombre:** Indique el primer nombre del fallecido, como figura en el documento de identidad.
- **Segundo nombre:** Indique el segundo nombre del fallecido, como figura en el documento de identidad.
- Relacione los periodos desde – hasta de las mesadas o valores no cobradas por el Causante o Beneficiario antes del fallecimiento

DATOS BÁSICOS DEL HEREDERO AUTORIZADO

- **Tipo identificación:** Diligencie la casilla que corresponda al documento de identificación del fallecido: TI si es tarjeta de identidad, CC si es cédula de ciudadanía, CE si es cédula de extranjería, RC si es registro civil y P si es pasaporte.
- **Número identificación:** Indique el número de identificación completo del fallecido.
- **Fecha de nacimiento:** Indique fecha día, mes y año
- **Sexo:** Seleccione el que corresponda
- **Primer apellido:** Indique el primer apellido del fallecido, como figuraba en el documento de identidad.
- **Segundo apellido:** Indique el segundo apellido del fallecido, como figuraba en el documento de identidad.
- **Primer nombre:** Indique el primer nombre del fallecido, como figura en el documento de identidad.
- **Segundo nombre:** Indique el segundo nombre del fallecido, como figura en el documento de identidad.
- **Departamento:** Indique el nombre del departamento donde reside.
- **Ciudad o Municipio:** Indique el nombre de la ciudad/municipio donde reside.
- **Dirección:** Indique la dirección de la residencia en forma completa
- **Parentesco:** Seleccione el grado de consanguinidad con el fallecido.
- **Nacionalidad:** Indique el país de nacimiento.
- **Teléfono Fijo:** Indique el indicativo correspondiente a la ciudad/municipio de residencia seguido el número telefónico de la residencia
- **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.

OTRAS SOLICITUDES DE NOVEDADES

- Seleccione la novedad que requiere justificando la solicitud.

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.

