Colpensiones

NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

RADICACIÓN

AFILIADO ( ) EMPLEADOR (X)

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 ( ) OTRO ( ) CUAL _____

NÚMERO DE DOCUMENTO

PRIMER APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO APELLIDO
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
PRIMER NOMBRE ANTERIOR
SEGUNDO APELLIDO 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 ( ) OTRO ( ) CUAL _____

F. FECHA DE EXPEDICIÓN CÉDULA

AÑO MES DÍA

G. BENEFICIARIOS

TIPO DE DOCUMENTO CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) OTRO ( ) CUAL _____
NÚMERO DE DOCUMENTO
FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA
SEXO M ( ) F ( )

PRIMER APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO APELLIDO
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: 800247940-1
DV: 1
TIPO DE DOCUMENTO CC ( ) NIT (X) CE ( ) OTRO ( ) TI ( ) PA ( ) CD ( ) CUAL _____
NATURALEZA PÚBLICA (X) PRIVADA ( )
CÓDIGO CIIU

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE: INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DEL PUTUMAYO - UNIPUTUMAYO
DIRECCIÓN: CR 17 CL 17
BARRIO / VEREDA: LUIS CARLOS GALAN
MUNICIPIO: MOCOA
DEPARTAMENTO: PUTUMAYO
TELÉFONO
CELULAR: 3108043074
SUCURSAL
CORREO ELECTRÓNICO: asilva@itp.edu.co

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
	Nilso Andrea Silva C.	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cadena. 20/10/2021_01:01

ADI-GAF-FML-003_V4

"SU FUTURO LO CONSTRUIMOS ENTRE LOS DOS"