

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE CORRECCIONES DE HISTORIA LABORAL

## DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

### FORMA 1

RADICACIÓN

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

#### A. DATOS ACTUALES DEL AFILIADO

1. Primer nombre	2. Segundo nombre	3. Primer apellido	4. Segundo apellido	5. Apellido de casada, viuda o soltera
6. Tipo de documento CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> CD <input type="radio"/>	7. Número de documento	8. Dirección de correspondencia		
9. Barrio/Vereda	10. Ciudad/Municipio	11. Departamento		
12. País de Residencia (residentes exterior)	13. Teléfono fijo	14. Teléfono oficina	Extensión	15. Celular
16. 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"/>	17. Correo electrónico	
		NO <input type="radio"/>		

#### B. DATOS ADICIONALES DEL AFILIADO

Si usted cotizó con un documento de identidad diferente al actual, por favor relaciónelo en la siguiente sección:

18. Tipo de documento CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> CD <input type="radio"/>	19. Número de documento	20. Nacionalidad, si el documento es CE, PA o CD.	21. Si usted cotizó al ISS antes de enero de 1995, por favor relacione los números de afiliación que le fueron asignados (si los conoce).

#### C. DATOS DEL APODERADO, DEL TERCERO AUTORIZADO, DEL FAMILIAR DEL AFILIADO FALLECIDO O EMPLEADOR

22. Razón Social o Nombre				
23. Tipo de documento CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CD <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>	24. Número de documento	25. Dirección de correspondencia		
26. Barrio	27. Ciudad/Municipio.	28. Departamento		
29. Teléfono fijo	Extensión	30. Celular	31. Correo electrónico de contacto	

**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.

32. Firma del Solicitante



**FORMULARIO – FORMA 1 – DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE**

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

- **Afiliado:** Si la solicitud la realiza directamente 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 ACTUALES DEL AFILIADO**

Escriba los datos de identificación del afiliado tal como figuran en el documento de identidad.

- 1. Primer Nombre:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el primer nombre del afiliado.
- 2. Segundo Nombre:** Escriba el segundo nombre del afiliado.
- 3. Primer Apellido:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el primer apellido del afiliado.
- 4. Segundo Apellido:** Escriba el segundo apellido del afiliado.
- 5. Apellido de Casada, viuda o soltera:** Si la afiliada en algún momento utilizó su apellido de casada, viuda o soltera, por favor escríbalo en éste campo, pues es posible que le hayan realizado cotizaciones con éste apellido.
- 6. 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; TI, Tarjeta de identidad; PA, Pasaporte; CD, Carné Diplomático.
- 7. Número del documento:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el número de identificación del afiliado.
- 8. Dirección de Correspondencia:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba la dirección completa donde el afiliado recibe su correspondencia.
- 9. Barrio / Vereda:** Escriba el nombre del Barrio, localidad o vereda de la dirección señalada en el campo anterior.
- 10. Ciudad/Municipio:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba la ciudad o municipio del lugar de correspondencia señalada anteriormente.
- 11. Departamento:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el Departamento de la ciudad o municipio señalado en el campo anterior.
- 12. País de Residencia:** si usted reside en el exterior y no posee dirección en Colombia, por favor indique su país de residencia, para que sus notificaciones sean remitidas a la dirección de correo electrónico que usted escriba en el campo No. 17.
- 13. Teléfono Fijo:** Escriba un número de teléfono fijo para contacto con el afiliado. Campo OBLIGATORIO en caso de no registrar información en el campo No. 14 o en el campo No. 15.
- 14. Teléfono Oficina / Extensión:** Escriba el número de teléfono del sitio en donde labora el afiliado y, si es del caso, el número de la extensión. Campo OBLIGATORIO en caso de no registrar información en el campo No. 13 o en el campo No. 15.
- 15. Teléfono Celular:** Escriba el número de teléfono celular del afiliado. Campo OBLIGATORIO en caso de no registrar información en el campo No. 13 o en el campo No. 14.
- 16. 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.
- 17. Correo Electrónico:** Si marcó la opción “Si” del campo anterior, escriba una dirección de correo electrónico válida para contacto con el afiliado.

**B. DATOS ADICIONALES DEL AFILIADO**

Si usted cotizó con un documento de identidad diferente al actual, por favor relaciónelo en la siguiente sección:

- 18. 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; TI, Tarjeta de identidad; NIT, Número de Identificación Tributario; PA, Pasaporte; CD, Carné Diplomático.
- 19. Número de Documento:** Escriba el número de identificación diferente al actual con el que alguna vez cotizó el afiliado.
- 20. Nacionalidad:** Si el tipo de documento anterior es Cédula de Extranjería, Pasaporte o Carné Diplomático escriba la Nacionalidad.
- 21. Si usted cotizó al ISS antes de enero de 1995, por favor relacione los números de afiliación que le fueron asignados (si los conoce):** Escriba los números de afiliación que figuraban en las tarjetas de comprobación de derechos entregadas por el ISS.

**C. DATOS DEL APODERADO, DEL TERCERO AUTORIZADO O DEL FAMILIAR DEL AFILIADO FALLECIDO**

El diligenciamiento de esta sección es OBLIGATORIA si el tipo de solicitante señalado en el inicio de este formulario es diferente al Afiliado.

- 22. Razón Social o Nombre:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el nombre de la persona natural o jurídica que realiza la solicitud a nombre del afiliado, que debe corresponder al tipo de solicitante seleccionado.
- 23. 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; TI, Tarjeta de Identidad; ; CD, Carné; PA, Pasaporte; NIT, Número de Identificación Tributario
- 24. Número de Documento:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el número de identificación del solicitante.
- 25. Dirección de Correspondencia:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba la dirección de correspondencia del solicitante.
- 26. Barrio:** Escriba el nombre del Barrio, localidad o vereda de la dirección señalada en el campo anterior.
- 27. Ciudad/Municipio:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba la ciudad o municipio del lugar de correspondencia señalada anteriormente.
- 28. Departamento:** (CAMPO OBLIGATORIO). Escriba el Departamento del municipio señalado anteriormente.
- 29. Teléfono Fijo/Extensión:** Escriba el número de teléfono fijo de contacto indicando, si es del caso, el número de la extensión. Campo OBLIGATORIO en caso de no registrar información en el campo No. 30.
- 30. Teléfono Celular:** Escriba el número celular del solicitante. Campo OBLIGATORIO en caso de no registrar información en el campo No. 29.
- 31. Correo Electrónico de contacto:** Escriba una dirección de correo electrónico válida para contacto con el solicitante.
- 32. Firma del Solicitante:** (CAMPO OBLIGATORIO). Campo para la firma del Solicitante.