Colpensiones

NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE NOVEDAD RETRACTO O ANULACIÓN

RADICACIÓN

Diligencie este formulario para solicitar retracto o anulación de su afiliación dentro del Sistema General de Pensiones. Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

Número del Radicado del Formulario Origen:

Tipo de Trámite: Anulación ☐ Retracto ☐

Tipo de Solicitante : Afiliado ☐ Apoderado ☐ Familiar Fallecido ☐

DATOS AFILIADO

Tipo de documento: CC ☐ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ Cuál?_____

Número de documento

Fecha Afiliación (D D M M A A A A)

Fecha solicitud Retracto o Anulación (D D M M A A A A)

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Dirección Residencia

Municipio de Residencia

Barrio de Residencia/ Vereda

Departamento de Residencia

País

Teléfono fijo

Teléfono Oficina/Extensión

Celular

Correo electrónico

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) Si ☐ No ☐

DATOS APORTANTE

Tipo de documento: NIT ☐ CC ☐ CD ☐ TI ☐ CE ☐ PA ☐ Otro ☐ Cuál?

Número de documento

DV

Nombre o Razón Social

Dirección

Municipio

Barrio / Vereda

Departamento

País

Teléfono fijo

Teléfono Oficina/Extensión

Celular

Correo electrónico

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) Si ☐ No ☐

CAUSALES DE ANULACIÓN

☐ Muerte o estructuración de invalidez anterior a cobertura

☐ Ilícito

La información suministrada en este formulario y anexos por el Afiliado y/o apoderado o tercero autorizado deberá ser veraz, completa y cierta. En caso de encontrarse inconsistencias, fraude o falsedad sobre la misma se procederá según lo determina la legislación vigente por falsedad en documento privado, Art. 289 de la Ley 599 de 2000 (código Penal Colombiano) o las normas que la adicionen o modifiquen.

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. **SI** ☐ **NO** ☐

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. **SI** ☐ **NO** ☐

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

FIRMA DEL SOLICITANTE

No. DE DOCUMENTO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

"Ven por tu FUTURO"

cadena. 20/10/2023_01184

Formulario De Novedad De Retracto Y Anulación

Diligencie el 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.

• **Fecha de radicación:** Fecha en la cual realiza la radicación del trámite de retracto o anulación.

CAMPOS A DILIGENCIAR POR EL SOLICITANTE:

• **Número del Radicado del Formulario Origen:** Corresponde al formulario de afiliación del cual el ciudadano se quiere retractar o requiere anular.
• **Tipo de Trámite:** Diligencie según corresponda: anulación o retracto de la afiliación.
• **Tipo de solicitante:** Indique la persona a la cual hace referencia el formulario de novedad de retracto o anulación.

DATOS AFILIADO

1. **Tipo de documento:** Diligencie la casilla según corresponda así: CC si es cécula de ciudadanía, CD si es Carné Diplomático, TI si es tarjeta de identidad, CE si es cédula de extranjería, PA si es pasaporte, Otro: Otros tipos de documentos de identidad vigentes.
2. **Número de documento:** Escriba el número de identificación completo.
3. **Fecha de afiliación:** Escriba la fecha en la cual radicó el formulario de afiliación al sistema general de pensiones según el orden establecido en las casillas día, mes, año, de acuerdo con el formulario en mención.
4. **Fecha solicitud Retracto o Anulación:** Escriba la fecha en la cual realiza la solicitud de retracto o anulación.
5. **Primer apellido:** Escriba el primer apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
6. **Segundo apellido:** Escriba el segundo apellido, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
7. **Primer nombre:** Escriba el primer nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
8. **Segundo nombre:** Escriba el segundo nombre, de acuerdo como figura en el documento de identidad.
9. **Dirección residencia:** Escriba la dirección de la residencia en forma completa.
10. **Barrio de residencia /vereda:** Escriba el nombre del barrio o vereda donde reside.
11. **Municipio de residencia:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde reside.
12. **Departamento de residencia:** Escriba el nombre del departamento donde reside.
13. **País:** Escriba el nombre del país donde reside.
14. **Teléfono fijo:** Escriba en esta casilla el número telefónico de la residencia incluyendo los 3 números del indicativo departamental.
15. **Teléfono de oficina /extensión:** Escriba en esta casilla el número telefónico de la oficina incluyendo los 3 números del indicativo departamental y extensión.
16. **Celular:** Indique su número de celular donde puede ser localizado.
17. **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico personal.
18. **Acepta recibir notificaciones por vía electrónica, tales como anuncios personalizados, mensajes de correo electrónico y respuestas a sus solicitudes?:** Indique si autoriza a Colpensiones para que se le envíe información a través del correo electrónico, marcando Sí o No según corresponda.

DATOS APORTANTE

19. **Tipo de documento:** Diligencie la casilla que corresponde así: NIT si es Número Identificación Tributaria, CC si es cédula de ciudadanía, CE si es cédula de extranjería, PA si es pasaporte, CD si es Carné Diplomático, TI si es tarjeta de identidad, Otro: Otros tipos de documentos de identidad vigentes.
20. **Número de documento:** Escriba el número de identificación completo del empleador o entidad agrupadora.
21. **DV:** Si el tipo de documento es NIT diligencie el número del dígito de verificación.
22. **Razón social o nombre:** Escriba la razón social o nombre del empleador. Si es trabajador independiente y la afiliación se tramita por intermedio de una entidad agrupadora o gremio indique el nombre o razón social de la entidad.
23. **Dirección:** Escriba la dirección donde desarrolla las actividades su empleador o entidad agrupadora.
24. **Barrio /vereda:** Escriba el nombre del barrio o vereda donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.
25. **Municipio:** Escriba el nombre de la ciudad/municipio donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.
26. **Departamento:** Escriba el nombre del departamento donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.
27. **País:** Escriba el nombre del país donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora.
28. **Teléfono fijo:** Escriba el número telefónico del sitio donde desarrolla las actividades el empleador o entidad agrupadora, incluyendo los 3 números del indicativo departamental.
29. **Teléfono de oficina /extensión:** Escriba en esta casilla el número telefónico de la oficina y extensión de quien hace el trámite, incluyendo los 3 números del indicativo departamental.
30. **Celular:** Registre el número de celular de contacto con el empleador o entidad agrupadora.
31. **Correo electrónico:** Escriba el correo electrónico de contacto con el empleador o entidad agrupadora.
32. **Causales de Anulación:** Indique la causal de anulación según corresponda:
    • Muerte o estructuración de invalidez anterior a cobertura.
    • Ilícito.
33. **Firma del solicitante:** Proceda a firmar su solicitud de retracto o anulación diligenciando el tipo de identificación y el número del documento de identificación.

ESTE FORMULARIO NO TIENE NINGÚN COSTO