

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CORRECCIONES DE HISTORIA LABORAL DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

FORMA 1



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

A. DATOS ACTUALES DEL AFILIADO

1. Primer nombre ELIZABETH	2. Segundo nombre	3. Primer apellido OSORIO	4. Segundo apellido RESTREPO	5. Apellido de casada, viuda o soltera
6. Tipo de documento CC <input checked="" type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> CD <input type="radio"/>	7. Número de documento 31867999	8. Dirección de correspondencia AVENIDA 5 C NORTE N° 39		
9. Barrio/Vereda LA FLORA	10. Ciudad/Municipio CALI	11. Departamento VALLE		
12. País de Residencia (residentes exterior) COLOMBIA	13. Teléfono fijo 6640888	14. Teléfono oficina 8844567	Extensión 222	15. Celular 3155090104
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)		17. Correo electrónico LIZA-09200 HOTMAIL.COM		

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 CE TI NIT PA CD <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <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). 041094864
--	-------------------------	---	--

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

Elizabeth Osorio
CC 31867999 DM

¡¡ SU FUTURO LO CONSTRUIMOS ENTRE LOS DOS !!

