

Fecha Diligenciamiento:

Día ____ Mes ____ Año ____

I. TIPO DE NOVEDAD SOLICITADA

- 1. ASIGNACIÓN CÓDIGO INTERNO A ENTIDADES OPERADORAS DE LIBRANZA (EOL) Debe diligenciar los numerales II, III, IV si aplican descuentos por concepto de afiliación y préstamo y si el descuento únicamente es por concepto de préstamo se deben diligenciar los numerales II, IV.
- 2. ASIGNACIÓN CÓDIGO INTERNO A ENTIDADES DE SOLO AFILIACIÓN Debe diligenciar los numerales II, III, IV
- 3. RENOVACIÓN CÓDIGO INTERNO A ENTIDADES OPERADORAS DE LIBRANZA (EOL) Debe diligenciar los numerales II, III y IV, si aplican descuentos por concepto de afiliación y préstamo y si el descuento únicamente es por concepto de préstamo se deben diligenciar los numerales II, IV.
- 4. RENOVACIÓN CÓDIGO INTERNO A ENTIDADES DE SOLO AFILIACIÓN Debe diligenciar los numerales II, III, IV

II. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD

Razón Social	Nit	Dv
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección Entidad	Telefono 1	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ciudad Entidad	Departamento Entidad	Telefono 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail Corporativo	Código Runeol (Aplica solo para Entidades Operadoras de Libranza).	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre Representante Legal		
<input type="text"/>		

III. INFORMACIÓN DEL DESCUENTO POR AFILIACIÓN

Tipo de Aporte (Marque con una x el tipo de descuento a aplicar)						Valor de la cuota (en número)
Suma Fija	Porcentaje VAP	Porcentaje SMLV	Días VAP	Días SMLV	Cuota fija con aumento anual IPC	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Valor cuota en letras						

Para las entidades Operadoras de libranza y de afiliación que les opera descuento por concepto de afiliación o de aporte, deberán obligatoriamente diligenciar este numeral, indicando el valor mensual a descontar señalado en los estatutos.

IV. INFORMACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA

Tipo de cuenta	Número de cuenta	Nombre de la Entidad Financiera
<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Es necesario adjuntar carta del Gerente ó Representante Legal donde autoriza el número de cuenta donde se va a realizar la consignación y la certificación bancaria no superior a 3 meses y en el caso de requerir el pago a través de fiducia adjuntar certificación de la sociedad Fiduciaria sobre la existencia y objeto del contrato.

V. AUTORIZACIONES

1. AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS. La entidad 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).
2. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. La entidad 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 de la entidad 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.
3. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. La entidad 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 la entidad en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes.
4. La Información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

INSTRUCTIVO FORMULARIO ASIGNACIÓN O RENOVACIÓN DE CÓDIGO INTERNO A ENTIDADES OPERADORAS DE LIBRANZA Y DE AFILIACIÓN

Este formulario va dirigido a las entidades Operadoras de libranza y de Afiliación que estén solicitando asignación de código interno y/o efectuando la actualización anual de datos.

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.

Fecha de diligenciamiento:

Indique en la casilla correspondiente el día, mes y año de la solicitud

I. TIPO DE NOVEDAD SOLICITADA

SELECCIÓN OBLIGATORIA: Marque con una equis (x) la casilla que corresponda el tipo de novedad solicitada.

- 1 Asignación de Código interno a Entidades Operadoras de Libranza (EOL)
(Solo aplica para Entidades Operadoras de Libranza que están solicitando código interno por primera vez.)
- 2 Asignación de Código interno a Entidades de solo afiliación
(Únicamente aplica para entidades que manejen cuota de afiliación y están solicitando código interno por primera vez.)
- 3 Renovación de Código interno a Entidades Operadoras de Libranza (EOL)
(Solo aplica para Entidades Operadoras de Libranza que están actualizando el código interno.)
- 4 Renovación de Código interno a Entidades de solo Afiliación
(Solo aplica para Entidades que manejen cuota de afiliación y están actualizando el código interno.)

II. INFORMACION DE LA ENTIDAD:

Razón Social: Nombre de la Entidad o abreviatura.

NIT Tercero: Indique el número de identificación tributaria (NIT) de la Entidad que va a realizar la solicitud, con el dígito de verificación.

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.

Teléfonos: En el caso de ser un teléfono fijo señale el indicativo correspondiente a la ciudad/municipio de residencia seguido por el número telefónico

Correo electrónico: Indique el correo electrónico corporativo de la Entidad.

Código Runeol: Indique el número de Runeol asignado por la Camara de Comercio, la inscripción en el RONEOL, no se exigirá a aquellas entidades que pretendan únicamente efectuar descuentos por concepto de cuotas de afiliación.

Nombre del Gerente y/o Representante Legal: Indique Nombre Completo del Gerente y/o Representante Legal de la Entidad solicitante.

III. INFORMACION DEL DESCUENTO POR AFILIACIÓN

Tipo de Aporte (marque con una X el tipo de descuento a aplicar).

* Cuota fija : Si marca esta opción deberá diligenciar en la casilla Valor Cuota, un número entre 1 y 100.000

* Porcentaje VAP: Si marca esta opción deberá diligenciar en la casilla Valor cuota, un valor entre 0.1 % hasta 40%

* Porcentaje SMLV: Si marca esta opción deberá diligenciar en la casilla Valor cuota un valor entre 0.1% hasta 40%

* Días VAP: Si marca esta opción deberá diligenciar en la casilla Valor cuota un valor entre 1 y 10

* Días Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV): Si marca esta opción deberá diligenciar en la casilla Valor Cuota un valor entre 1 y 10

* Cuota fija con aumento anual IPC: Si marca esta opción deberá diligenciar en la casilla Valor Cuota un valor entre 0 hasta 100.000. El valor de la cuota incrementa anualmente de acuerdo al IPC.

Valor de la cuota (en número): Indique el valor exacto de la cuota mensual única por afiliación a descontar a los pensionados afiliados a su entidad.

Valor cuota en letras: Indique el valor exacto en letras de la cuota por afiliación a descontar a los pensionados afiliados a su entidad .

Firma del Gerente y/o Representante legal: Indique la firma del Gerente y/o Representante Legal y sello de la entidad.

IV. INFORMACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA

Tipo de Cuenta: Marque con una equis (x) la casilla que corresponda al tipo de cuenta.

* Corriente

* Ahorros

Número de cuenta: Escriba el número de la cuenta

Nombre de la cuenta: Escriba el nombre de la entidad a la cual pertenece la cuenta

Es necesario adjuntar carta del Gerente ó Representante Legal donde autoriza el número de cuenta donde se va a realizar la consignación y la certificación bancaria no superior a 3 meses y en el caso de requerir el pago a través de fiducia, adjuntar certificación de la sociedad Fiduciaria sobre la existencia y objeto del contrato.