Colpensiones

FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

RADICACIÓN

I. TIPO DE RIESGO

- V Vejez
- I Invalidez
- M Muerte
- U Indemnización sustitutiva

II. DETALLE TIPO DE RIESGO

1 Pensión de vejez	2 Pensión vejez compartida	3 Pensión vejez madre o padre trabajador hijo invalido	4 Pensión Especial de vejez anticipada por invalidez
5 Pensión vejez alto riesgo	6 Pensión vejez periodista	7 Pensión vejez convenios internacionales	8 Pensión Invalidez
9 Pensión Invalidez convenios internacionales	10 Pensión Sobrevivientes	11 Sustitución pensional	12 Sustitución Provisional ley 1204/08
13 Pensión Sobrevivientes convenios internacionales	14 Indemnización vejez	15 Indemnización Invalidez	16 Indemnización Sobrevivencia

III. TIEMPOS

	SI	NO
Públicos no cotizados a Colpensiones		
Privados		
Régimen especial		

IV. TIPO DE SOLICITUD

- 1 Reconocimiento
- 2 Reliquidación

V. INSTANCIA (si es primera solicitud no marque ninguna opción de este campo)

- 1 Recurso de reposición
- 2 Recurso de apelación
- 3 Revocatoria directa
- 4 Recurso de queja
- 5 Nuevo Estudio

Su solicitud se refiere a inconsistencias en su Historia Laboral, tiempos cotizados al RPM administrado por Colpensiones? SI ☐ NO ☐

Si usted respondió SI, es necesario que aporte la información referente a los ciclos faltantes o inconsistentes para la respectiva verificación, validación y corrección si fuere el caso. Por lo anterior diligencie y adjunte el Formato Corrección de Historia Laboral disponible en la página web www.colpensiones.gov.co y en los puntos de Atención Colpensiones (PAC) a nivel Nacional.

VI. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ F ☐ TI ☐ P ☐
Número de documento:
Fecha de nacimiento: Año ☐☐☐☐ Mes ☐☐ Día ☐☐
Sexo: M ☐ F ☐
Primer apellido:
Segundo apellido:
Primer nombre:
Segundo nombre:
Dirección Correspondencia:
Ciudad / Municipio:
Barrio:
Departamento:
Teléfono:
Celular:
Fax:
Correo electrónico:
Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si ☐ No ☐

VII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO 1

Esta información debe ser diligenciada UNICAMENTE para los trámites por el Riesgo de MUERTE

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ RC ☐ TI ☐
Número de documento:
Fecha de nacimiento: Año ☐☐☐☐ Mes ☐☐ Día ☐☐
Sexo: M ☐ F ☐
Primer apellido:
Segundo apellido:
Parentesco:
- 1 Cónyuge
- 2 Compañero (a)
- 3 Hijos menores
- 4 Hijos estudiantes 18-25 años
- 5 Hijo invalido
- 6 Padres
- 7 Hermano invalido
- 8 Otro

Primer nombre:
Segundo nombre:
Dirección Correspondencia:
Ciudad / Municipio:
Barrio:
Departamento:
Teléfono:
Celular:
Fax:
Correo electrónico:
Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si ☐ No ☐

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cadena. 23/06/2023_00526

Colpensiones

FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

BENEFICIARIO 2

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ RC ☐ TI ☐
Número de documento
Fecha de nacimiento: Año ☐☐☐☐ Mes ☐☐ Día ☐☐
Sexo: M ☐ F ☐
Primer apellido
Segundo apellido
Parentesco: 1 Cónyuge 2 Compañero (a) 3 Hijos menores 4 Hijos estudiantes 18-25 años 5 Hijo invalido 6 Padres 7 Hermano invalido 8 Otro
Primer nombre
Segundo nombre
Dirección Correspondencia
Ciudad / Municipio
Barrio
Departamento
Teléfono
Celular
Fax
Correo electrónico
Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si ☐ No ☐

BENEFICIARIO 3

HOJA 2 DE 2

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ RC ☐ TI ☐
Número de documento
Fecha de nacimiento: Año ☐☐☐☐ Mes ☐☐ Día ☐☐
Sexo: M ☐ F ☐
Primer apellido
Segundo apellido
Parentesco: 1 Cónyuge 2 Compañero (a) 3 Hijos menores 4 Hijos estudiantes 18-25 años 5 Hijo invalido 6 Padres 7 Hermano invalido 8 Otro
Primer nombre
Segundo nombre
Dirección Correspondencia
Ciudad / Municipio
Barrio
Departamento
Teléfono
Celular
Fax
Correo electrónico
Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si ☐ No ☐

VIII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐
Número de documento
Tarjeta Profesional / Provisonal
Primer apellido
Segundo apellido
Primer nombre
Segundo nombre
Dirección Correspondencia
Ciudad / Municipio
Barrio
Departamento
Teléfono
Celular
Fax
Correo electrónico
Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si ☐ No ☐

IX. INFORMACIÓN SOLICITANTE TERCERO

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐
Número de documento
☐ Curador ☐ Tercero autorizado ☐ Representante legal
Primer apellido
Segundo apellido
Primer nombre
Segundo nombre
Dirección Correspondencia
Razón Social
NIT
Ciudad / Municipio
Barrio
Departamento
Teléfono
Celular
Fax
Correo electrónico
Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si ☐ No ☐

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FIRMA DEL SOLICITANTE

No. DE DOCUMENTO

"Ven por tu FUTURO"

cadena. 23/06/2023_00527

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO
FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Este Formato ÚNICO para radicar solicitudes de prestaciones económicas deberá estar acompañado por los respectivos documentos soporte

MODULOS

MODULO I. TIPO DE RIESGO

Marque con una **X** sobre la letra según corresponda a su solicitud: Si es Vejez - **V**, Si es Invalidez - **I**, si es Muerte - **M**, si es Indemnización sustitutiva - **U**.

MODULO II. DETALLE TIPO DE RIESGO

Marque con una **X** el riesgo que solicita sea estudiado: ***"SOLO DEBE SELECCIONAR UNA DE LAS OPCIONES"*** Si es Pensión de vejez - **1**,Si es Pensión de vejez compartida - **2**, Si es Pensión de Vejez Madre o Padre Trabajador hijo inválido -**3**, Si es Pensión de Vejez anticipada por Invalidez - **4**,Si es Pensión de vejez por Alto riesgo - **5**, Si es Pensión de vejez Periodista - **6**, Si es Pensión de vejez – Convenios Internacionales - **7**, Si es Pensión de invalidez - **8**, Si es Pensión de invalidez – Convenios Internacionales - **9**, Si es Pensión de sobrevivientes - **10**, Si es Sustitución pensional -**11**, Si es Sustitución provisional Ley 1204 de 2008 -**12**, Si es Pensión de sobrevivientes – Convenios Internacionales -**13**, Si es Indemnización sustitutiva de la Pensión de Vejez -**14**, Si es Indemnización sustitutiva de la Pensión de Invalidez -**15**, Si es indemnización de la Pensión de Sobrevivientes - **16**.

MODULO III. TIEMPOS

Seleccione **SI** o **NO** tiene tiempos aportados a Cajas o Fondos Públicos diferentes a Colpensiones.

Seleccione **SI** o **NO** tiene cotizaciones con empleadores Privados. (RPM)

Seleccione **SI** o **NO** su solicitud se refiere a uno de los siguientes regímenes Especiales:

1. Banda Nacional
2. Rama Judicial y ministerio Público
3. Contraloría General de la República
4. Orquesta Sinfónica
5. Liga antituberculosa
6. Imprenta Nacional
7. Magistrados altas cortes
8. Aeronáutica Civil
9. Registraduria Nacional del Estado Civil

En este campo puede seleccionar uno, dos o las tres opciones

MODULO IV. TIPOS DE SOLICITUD

Marque con una **X**: Reconocimiento - **1**, Si no se ha reconocido la prestación solicitada, independientemente de la instancia. ó
marque con una **X**: Reliquidación - **2** si su solicitud corresponde a alguna de las instancias contenidas en el MODULO V. INSTANCIAS (Recurso de Reposición, Recurso de Apelación,Revocatoria Directa, Recurso de Queja ó Nuevo Estudio)

MODULO V. INSTANCIA (Tenga en cuenta que si es por primera vez que inicia el trámite de pensión, no debe marcar este módulo.)

Para Segunda Solicitud marque con una **X**: Si es Recurso de reposición - **1**, Si es Recurso de Apelación - **2**, Si es revocatoria Directa -**3**, Si es Recurso de Queja - **4**, Si es nuevo Estudio -**5**.
Maque con una **X** **SI** o **NO**, si el motivo de su segunda solicitud se refiere a inconsistencias en su Historia Laboral, tiempos cotizados al RPM administrado por Colpensiones.
Este espacio se diligencia únicamente para las INSTANCIAS señaladas en el MODULO V. Si su respuesta es afirmativa es necesario que aporte la información referente a los ciclos faltantes o inconsistentes para la respectiva verificación, validación y corrección si fuere el caso. Por lo anterior diligencie y adjunte el Formato Corrección de Historia Laboral disponible en la página web www.colpensiones.gov.co y en los puntos de Atención Colpensiones (PAC) a nivel Nacional.

MODULO VI. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

CAUSANTE SE REFIERE AL AFILIADO VIVO (P. DE VEJEZ E INVALIDEZ) O MUERTO (P.DE SOBREVIVIENTES, SUSTITUCIÓN) Marque con una **X** el tipo de documento del Causante del derecho:
Para cédula de Ciudadanía - **C.C.**, para Cédula de Extranjería - **C.E.**, para Documento Extranjero - **F**, Para Tarjeta de Identidad - **TI**, Para Pasaporte **P**.
Número de documento: Diligencie los campos numéricos
Fecha de Nacimiento: diligencie en el siguiente orden: año, mes día **(aaaa/mm/dd)**
Sexo (género): Si es Femenino - **F**, Si es Masculino - **M**
Diligencie los datos correspondientes al nombre Completo. Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre
Diligencie los campos de Dirección de Correspondencia, Barrio, Ciudad/Municipio y Departamento: (Registre la dirección a la cual usted desea que Colpensiones le envíe la correspondencia)
Diligencie al menos uno de los campos: Números telefónicos Fijo, Celular y Fax (campos numéricos)
Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico SÍ o NO. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el campo Correo Electrónico.

MODULO VII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIOS 1., 2. y 3. Esta información debe ser diligenciada ÚNICAMENTE para los trámites por el Riesgo de MUERTE

Marque con una **X** el tipo de documento del solicitante beneficiario: Para cédula de Ciudadanía - **C.C.**, para Cédula de Extranjería - **C.E.**, para Documento Extranjero -**F**, Para Pasaporte - **P**, Para Registro Civil de Nacimiento - **RC**, Para Tarjeta de Identidad -**TI**.
Número de documento: Diligencie los campos numéricos
Fecha de Nacimiento: diligencie en el siguiente orden: año, mes día **(aaaa/mm/dd)**
Sexo (género): Si es Femenino - **F**, Si es Masculino - **M**
Diligencie los datos correspondientes al nombre Completo. Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre
Diligencie los campos de Dirección de Correspondencia, Barrio, Ciudad/Municipio y Departamento: (registre la dirección a la cual usted desea que Colpensiones le envíe la correspondencia)
Diligencie al menos uno de los campos: Números telefónicos Fijo, Celular y Fax (campos numéricos)
Parentesco: Marque con una X el parentesco con el causante: Para cónyuge - **1**, para compañero (a) permanente -**2**, para hijos menores -**3**, para hijos estudiantes entre 18 y 25 años - **4**, para Hijo Inválido -**5**, para padres -**6**, para hermano invalido -**7** y para Otro - **8**.
Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico SÍ o NO. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el campo Correo Electrónico.

MODULO VIII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO

Marque con una **X** el tipo de documento del Apoderado: Para cédula de Ciudadanía - **C.C.**, para Cédula de Extranjería - **C.E.**
Número de documento: Diligencie los campos numéricos
Número de Tarjeta Profesional / Provisional: Diligencie los campos numéricos.
Diligencie los datos correspondientes al nombre Completo. Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre
Diligencie los campos de Dirección de Correspondencia, Barrio, Ciudad/Municipio y Departamento: (registre la dirección a la cual usted desea que Colpensiones le envíe la correspondencia)
Diligencie al menos uno de los campos: Números telefónicos Fijo, Celular y Fax (campos numéricos)
Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico SÍ o NO. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoríamente el campo Correo Electrónico.

MODULO IX. INFORMACIÓN SOLICITANTE TERCERO

Marque con una **X** el tipo de Solicitante: Para Curador -**1**, para Tercero Autorizado - **2**, para Representante Legal -**3.**
Marque con una **X** el tipo de documento del solicitante beneficiario: Para cédula de Ciudadanía - **C.C.**, para Cédula de Extranjería - **C.E.**, para Documento Extranjero -**F**, Para Pasaporte - **P**.
Número de documento: Diligencie los campos numéricos
Diligencie los datos correspondientes al nombre Completo. Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre
Razón Social (Este campo se diligencia exclusivamente si el Solicitante tercero es Representante Legal) Nombre de la Empresa que representa.
NIT: Ingrese el número de identificación de la Empresa que representa. (campos numéricos)
Diligencie los campos de Dirección de Correspondencia, Barrio, Ciudad/Municipio y Departamento: (registre la dirección a la cual usted desea que Colpensiones le envíe la correspondencia)
Diligencie al menos uno de los campos: Números telefónicos Fijo, Celular y Fax (campos numéricos)
Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico SÍ o NO. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el campo Correo Electrónico.

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA