

FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

RADICACIÓN

HOJA 1 DE 2

I. TIPO DE RIESGO

- Vejez Invalidez Muerte Indemnización sustitutiva Auxilio funeralio

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 Sobrevidentes | 11 Sustitución pensional | 12 Sustitución Provisional ley 1204/08 |
| 13 Pensión Sobrevidentes convenios internacionales | 14 Indemnización vejez | 15 Indemnización Invalidez | 16 Indemnización Sobrevidencia |

III. TIEMPOS

	SI	NO
Públicos no cotizados a Colpensiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régimen especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Si No
Su solicitud se refiere a inconsistencias en su Historia Laboral, tiempos cotizados al RPM administrado por Colpensiones?

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

INFORMACIÓN PERSONAL DEL CARGANTE / O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO														
Tipo de documento		Número de documento												
CC	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	TI	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	_____				
					Fecha de nacimiento					Sexo				
					Año	<input type="text"/>	Mes	<input type="text"/>	Día	<input type="text"/>	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
Primer apellido					Segundo apellido									
<input type="text"/>					<input type="text"/>									
Primer nombre					Segundo nombre									
<input type="text"/>					<input type="text"/>									
Dirección Correspondencia														
<input type="text"/>					<input type="text"/>									
Ciudad / Municipio					Barrio					Departamento				
<input type="text"/>					<input type="text"/>					<input type="text"/>				
Teléfono					Celular					Fax				
<input type="text"/>					<input type="text"/>					<input type="text"/>				
Correo electrónico														
<input type="text"/>														
										Autorizo Notificación por medio electrónico		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

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 <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	Número de documento <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de nacimiento Año <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Día <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Parentesco <input type="checkbox"/> 1 Cónyuge <input type="checkbox"/> 2 Compañero (a) <input type="checkbox"/> 3 Hijos menores <input type="checkbox"/> 4 Hijos estudiantes 18-25 años <input type="checkbox"/> 5 Hijo invalido <input type="checkbox"/> 6 Padres <input type="checkbox"/> 7 Hermano invalido <input type="checkbox"/> 8 Otro	
Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>		
Dirección Correspondencia <input type="text"/>			
Ciudad / Municipio <input type="text"/>	Barrio <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	
Teléfono <input type="text"/> <input type="text"/>	Celular <input type="text"/> <input type="text"/>	Fax <input type="text"/> <input type="text"/>	
Correo electrónico <input type="text"/>			Autorizo notificación por medio electrónico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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.

BENEFICIARIO 2								HOJA 2 DE 2										
Tipo de documento				Número de documento				Fecha de nacimiento				Sexo						
CC	CE	F	P	RC	TI			Año			Mes			Día			M	F
Primer apellido				Segundo apellido				Parentesco				<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos menores <input type="checkbox"/> Hijos estudiantes 18-25 años <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermano invalido <input type="checkbox"/> Otro						
Primer nombre				Segundo nombre														
Dirección Correspondencia																		
Ciudad / Municipio				Barrio				Departamento										
Teléfono				Celular				Fax										
Correo electrónico																		
Autorizo la notificación por medio electrónico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																		

BENEFICIARIO 3																				
Tipo de documento		Número de documento										Fecha de nacimiento			Sexo					
CC	CE	F	P	RC	TI											Año	Mes	Día	M	F
Primer apellido					Segundo apellido					Parentesco					<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos menores <input type="checkbox"/> Hijos estudiantes 18-25 años <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermano invalido <input type="checkbox"/> Otro					
Primer nombre					Segundo nombre										<input type="checkbox"/> Compañero(a) <input type="checkbox"/> Hijo invalido					
Dirección Correspondencia																				
Ciudad / Municipio					Barrio					Departamento										
Teléfono					Celular					Fax										
Correo electrónico															Autorizo la obtención por medio electrónico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

VIII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO															
Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		Número de documento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						Tarjeta Profesional / Provisional <input type="text"/> <input type="text"/>							
Primer apellido <input type="text"/>						Segundo apellido <input type="text"/>									
Primer nombre <input type="text"/>						Segundo nombre <input type="text"/>									
Dirección Correspondencia <input type="text"/>															
Ciudad / Municipio <input type="text"/>				Barrio <input type="text"/>				Departamento <input type="text"/>							
Teléfono <input type="text"/> <input type="text"/>				Celular <input type="text"/> <input type="text"/>				Fax <input type="text"/> <input type="text"/>							
Correo electrónico <input type="text"/>												Autorizo notificación por medio electrónico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

IX. INFORMACIÓN SOLICITANTE TERCERO		Número de documento		<input type="checkbox"/> Curador	<input type="checkbox"/> Tercero autorizado	<input type="checkbox"/> Representante legal		
Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>								
Primer apellido		Segundo apellido						
Primer nombre		Segundo nombre						
Dirección Correspondencia		Razón Social		NIT		<input type="checkbox"/>		
Ciudad / Municipio		Barrio		Departamento		<input type="checkbox"/>		
Teléfono		Celular		Fax		<input type="checkbox"/>		
Correo electrónico						<input type="checkbox"/> Autorizo notificación por medio electrónico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

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

MÓDULOS

MÓDULO 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**, si es Auxilio funerario - **A** **"SOLO DEBE SELECCIONAR UNA DE LAS OPCIONES"**

MÓDULO 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 personal -**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**.

MÓDULO III. TIEMPOS

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

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. Registraduría Nacional del Estado Civil |

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

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

MÓDULO 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 MÓDULO V. INSTANCIAS (Recurso de Reposición, Recurso de Apelación, Revocatoria Directa, Recurso de Queja ó Nuevo Estudio)

MÓDULO 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**. Marque 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 MÓDULO 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.

MÓDULO 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 O AUX. FUNERARIO) 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 - **T.I.**, 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)

Autorizo notificación por medios electrónicos **SI** o **NO**. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el Campo correo Electrónico.

MÓDULO 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 - **T.I.**

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 inválido - **7** y para Otro - **8** (exclusivo para solicitud de Auxilio Funerario)

Autorizo notificación por medios electrónicos **SI** o **NO**. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el Campo correo Electrónico.

MÓDULO 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)

Autorizo notificación por medios electrónicos **SI** o **NO**. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el Campo correo Electrónico.

MÓDULO 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)

Autorizo notificación por medios electrónicos **SI** o **NO**. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el Campo correo Electrónico.