

I. TIPO DE RIESGO

☐ Vejez ☐ Invalidez ☐ Muerte ☐ Indemnización sustitutiva ☐ Auxilio funerario

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
Publicos 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 4 Recurso de queja
2 Recurso de apelación 5 Nuevo Estudio
3 Revocatoria directa

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 en los puntos de Atención Colpensiones (PAC) a nivel Nacional.

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

Tipo de documento						Número de documento								Fecha de nacimiento							Sexo	
CC	CE	F	TI	P									Año		Mes	Día	M	F				
Primer apellido														Segundo apellido								
Primer nombre														Segundo nombre								
Dirección Correspondencia																						
Ciudad / Municipio						Barrio						Departamento										
Teléfono						Celular						Fax										
Correo electrónico														Autorizo Notificación por medio 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										Número de documento										Fecha de nacimiento										Sexo	
CC	CE	F	P	RC	TI																						M	F			
Primer apellido										Segundo apellido										Parentesco		1	Cónyuge		2	Compañero (a)					
Primer nombre										Segundo nombre										3	Hijos menores		4	Hijos estudiantes 18-25 años		5	Hijo invalido				
																				6	Padres		7	Hermano invalido		8	Otro				
Dirección Correspondencia																															
Ciudad / Municipio															Barrio										Departamento						
Teléfono															Celular										Fax						
Correo electrónico																									Autorizo notificación por medio 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.

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												
Primer nombre 										Segundo nombre 										☐ 6 Padres ☐ 7 Hermano invalido		☐ 8 Otro												
Dirección Correspondencia 																																		
Ciudad / Municipio 															Barrio 										Departamento 									
Teléfono 															Celular 										Fax 									
Correo electrónico 																														Autrizo notificación por medio electrónico Si ☐ No ☐				

BENEFICIARIO 3

Tercerizados																							
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		1 Cónyuge		2 Compañero (a)							
Primer nombre						Segundo nombre						3 Hijos menores		4 Hijos estudiantes 18-25 años		5 Hijo invalido							
												6 Padres		7 Hermano invalido		8 Otro							
Dirección Correspondencia																							
Ciudad / Municipio						Barrio						Departamento											
Teléfono						Celular						Fax											
Correo electrónico																		Autorizo notificación por medio electrónico		Si		No	

VIII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO

Tipo de documento CC ☐ CE ☐		Número de documento	Tarjeta Profesional / Provisional
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
Dirección Correspondencia			
Ciudad / Municipio	Barrio	Departamento	
Teléfono	Celular	Fax	
Correo electrónico			Autorizo notificación por medio electrónico ☐ Sí ☐ 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 				Autorizo notificación por medio electrónico Si ☐ No ☐	

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

FIRMA DEL SOLICITANTE

No. DE DOCUMENTO

**“TU FUTURO LO CONSTRUIMOS
ENTRE LOS DOS”**



Cadena S.A.

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

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 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**.

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

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

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**. 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 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 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 - **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)

Autorizo notificación por medios electrónicos **SI** 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 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.

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)

Autorizo notificación por medios electrónicos **SI** o **NO**. Si su respuesta es afirmativa **debe diligenciar obligatoriamente** 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)

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