

### FORMATO DE SOLICITUD DE PENSIÓN

Ciudad  Fecha de solicitud Año  Mes  Día  Oficina

#### 1. TIPO DE SOLICITUD

\* NOTA: ESPACIO DE USO EXCLUSIVO PARA COLFONDOS S.A.

PENSIÓN DE VEJEZ		PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA	
<input type="checkbox"/> FAMILIAR	<input type="checkbox"/> ANTICIPADA	<input type="checkbox"/> SOBREVIVENCIA	<input type="checkbox"/> DEVOLUCIÓN DE SALDOS
<input type="checkbox"/> DEVOLUCIÓN DE SALDOS	<input type="checkbox"/> REDENCIÓN	<input type="checkbox"/> AUXILIO FUNERARIO	<input type="checkbox"/> BONO PENSIONAL
<input type="checkbox"/> SIN NEGOCIACIÓN BONO PENSIONAL	<input type="checkbox"/> GARANTÍA DE PENSIÓN MÍNIMA	<input type="checkbox"/> CONVENIO ESPAÑA O CHILE	
<input type="checkbox"/> CONVENIO ESPAÑA O CHILE	<input type="checkbox"/> BONO PENSIONAL	PENSIÓN DE INVALIDEZ	
<input type="checkbox"/> RECONSIDERACIÓN	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> INCAPACIDADES	<input type="checkbox"/> CONVENIO ESPAÑA O CHILE
<input type="checkbox"/> RELIQUIDACIÓN		<input type="checkbox"/> CALIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> DEVOLUCIÓN DE SALDOS
		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> BONO PENSIONAL

#### 2. INFORMACIÓN PERSONAL DEL AFILIADO (Letras en mayúscula)

Tipo de documento de identificación  Número de documento  Fecha de nacimiento Año  Mes  Día  Sexo

CC  CE  TI  RC  PAS  Año  Mes  Día  F  M

Primer apellido  Segundo apellido

Primer nombre  Segundo nombre

Departamento de Nacimiento  Ciudad de Nacimiento  Nacionalidad

Dirección correspondencia

Teléfono  Celular  Número de familiar  Otro número de contacto

Correo electrónico  Departamento de Residencia

**Estado civil** Ciudad de Residencia

Casado (a)  Casado (a) desde Año  Mes  Día  EPS

Unión Libre  En unión marital de hecho desde Año  Mes  Día

Separado(a) / Divorciado(a)  Disolución marital de hecho desde Año  Mes  Día

Viudo (a)  Fecha de defunción de esposo (a) Año  Mes  Día  ARL

Soltero (a)  En el evento de encontrarse vigente el vínculo matrimonial, el cónyuge será tenido(a) en cuenta para el cálculo actuarial.

Pensionado por otra entidad? Si  No  Nombre de la entidad

Tipo de pensión en la otra entidad  Fecha de reconocimiento en la otra entidad Año  Mes  Día

#### 3. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE (Letras en mayúscula) en caso sobrevivencia, auxilio funerario o apoderado.

Tipo de documento de identificación  Número de documento  Fecha de nacimiento AAAA  MM  DD  Sexo  TIPO DE BENEFICIARIO

CC  CE  TI  RC  PAS  F  M  SUBTIPO DE BENEFICIARIO

Primer apellido  Segundo apellido

Primer nombre  Segundo nombre

Dirección correspondencia

Departamento  Ciudad  Correo electrónico

Teléfono  Celular  Número de familiar  Otro número de contacto

#### 4. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (Letras en mayúscula)

Tipo de documento de identificación  Número de documento  Fecha de nacimiento AAAA  MM  DD  Sexo  DEPARTAMENTO

CC  CE  TI  RC  PAS  F  M  CIUDAD

Primer apellido  Segundo apellido

Primer nombre  Segundo nombre

Departamento de Nacimiento  Ciudad de Nacimiento  Nacionalidad

Dirección correspondencia

Teléfono  Celular  Número de familiar  Otro número de contacto

Correo electrónico  Autorizo el envío de notificaciones por correo electrónico  SI  NO

**5.1 En caso de sobrevivencia diligenciar este espacio**

Fecha de defunción de Afiliado: Año  Mes  Día  HORA: HH  : MM

Lugar de ocurrencia  Ciudad de ocurrencia  Departamento de ocurrencia

Actividad que se estaba ejecutando al momento del fallecimiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descripción de los hechos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5.2 En caso de Auxilio Funerario diligenciar este espacio**

Fecha de defunción del Afiliado: Año  Mes  Día  HORA: HH  : MM

Lugar de ocurrencia  Ciudad de ocurrencia  Departamento de ocurrencia

Actividad que se estaba ejecutando al momento del fallecimiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información de los gastos cancelados:**

Funeraria  Número de factura

Póliza exequial  SI  NO  Valor factura \$  Fecha factura Año  Mes  Día

Forma de Pago  Efectivo  Cheque

**5.3 En caso de solicitud de pensión de invalidez (diligenciar este espacio)**

Entidad calificadora:  Fecha de dictamen AAAA  MM  DD

Porcentaje de pérdida de capacidad laboral %  Fecha de la estructuración de la invalidez AAAA  MM  DD  Origen de la invalidez

**5.4 En caso de solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral PCL o Solicitud de pagos de Incapacidades (diligenciar este espacio)**

**Información del último Empleador:**

Nombre o Razón Social  Teléfono correspondencia

Dirección correspondencia

Fecha Ingreso Año  Mes  Día  Fecha Retiro Año  Mes  Día  Tiempo en el cargo

Horario de trabajo:  Nombre del cargo

Tipo de trabajador:  Profesión u oficio

Descripción detallada de las actividades:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si la invalidez fue por causa o con ocasión del trabajo**

Hubo reporte a la ARL de accidente de trabajo o enfermedad profesional? SI  NO

La ARL hizo alguna gestión o investigación? SI  NO

Fue necesario reubicación en otro cargo? SI  NO

Narración de los hechos que originaron la invalidez:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es importante que usted tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo, por lo cual, debe abstenerse de entregar dineros a personas que se lo soliciten. Por favor denuncie cualquier evento irregular mediante comunicación escrita y envíelo a la Calle 67 No. 7-94 en la ciudad Bogotá, o ingrese a nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co/contacto](http://www.colfondos.com.co/contacto) o al contact center al 7484888 en Bogotá, 3869888 en Barranquilla, 6985888 en Bucaramanga, 4899888 en Cali, 6949888 en Cartagena, 6042888 en Medellín, gratis desde el resto del país al 018000510000.

**6. DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN HISTORIA LABORAL**

Manifiesto que estoy de acuerdo con la Historia Laboral de aportes realizados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS), los cuales corresponden a: \_\_\_\_\_ semanas cotizadas a COLFONDOS S.A. Pensiones y Cesantías, \_\_\_\_\_ semanas a OTRAS AFP y que estoy de acuerdo con la Historia Laboral de aportes realizados al Régimen de Prima Media, los cuales corresponden a COLPENSIONES con \_\_\_\_\_ semanas.

**7. ÚNICAMENTE PARA VEJEZ ANTICIPADA O MUJERES QUE DEBEN NEGOCIAR BONO PENSIONAL ANTES DE REDENCIÓN**

Autorizo

 SI  
 NO

A Colfondos para que solicite ante la oficina de bonos pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público la emisión y expedición del bono pensional. Manifiesto que he sido asesorado sobre todas las implicaciones en la negociación del bono pensional, en particular sobre el descuento que se aplica a su valor en función del término que falta para su redención, y dejo expresa constancia que esta solicitud tiene como único propósito acceder a la pensión anticipada.

Validación de Documentos Recibidos por la Oficina.

Nombre del representante \_\_\_\_\_

Año  Mes  Día

Nombre del afiliado

Año  Mes  Día

**8. AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN**

Autorizo a Colfondos S.A Pensiones y Cesantías para que los extractos y las comunicaciones del trámite de la pensión, me sean enviadas a la dirección del correo electrónico y/o consultar los tramites en la página WEB. SI ( ) NO ( )

**9. ASESORÍA**

Certifico que fui asesorado en los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS), la Pensión Familiar y la Garantía de Pensión Mínima (GPM), antes de tomar la decisión de radicar la solicitud de pensión y los documentos correspondiente de trámites de pensión. SI ( ) NO ( )

**10. DECLARACIÓN JURAMENTADA**

**10.1 Información Bancaria**

En el evento en que no se cumplan los requisitos para acceder a la pensión solicitada, esta Administradora realizará si así procede, la objeción de la prestación, autorizará la devolución de saldos y procederá a consignar en su cuenta bancaria los dineros existentes en la cuenta de ahorro individual de Colfondos. Es importante aclarar que el(los) beneficiario(s) debe(n) ser el(los) titular(es) de la(s) cuenta(s) bancaria(s).

Por lo anterior, solicitamos nos proporcione(n) la siguiente información:

Nombres y Apellidos	No. Cédula	No. Cuenta Bancaria	Tipo de Cuenta	Entidad Bancaria
<input type="text"/>				

**10.2 Declaración del Solicitante**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con tipo de documento \_\_\_\_ y número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en la Ciudad de \_\_\_\_\_ hoy, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en calidad de reclamante, bajo la gravedad de juramento, siendo conocedor de lo dispuesto por los artículos 289, 291 y 293 y 442 del Código Penal Colombiano, manifiesto que la información contenida y que he declarado ante Colfondos es totalmente cierta, verídica, susceptible de verificación en cualquier momento por parte de Colfondos y de la aseguradora competente para el reconocimiento de la suma adicional que financiará la pensión que aquí reclamo, al tiempo que no he ocultado información necesaria para el reconocimiento de la pensión que estoy solicitando, Así mismo, informo que conozco de la existencia de los beneficiarios que aquí he informado y que no conozco sobre la existencia real o potencial de otros beneficiarios con igual o mejor derecho al que me asiste. En consecuencia, en el evento en que existan otros beneficiarios o en caso que tenga noticia de su existencia, lo informaré en forma inmediata a Colfondos, autorizando a suspender el pago de mi mesada pensional y a ponerla a disposición del Juez Laboral competente el pago de las mesadas pensionales mientras el conflicto de beneficiarios sea resuelto y que me comprometo a satisfacer los pagos de mesada pensional que haya recibido, en caso de declararse judicial o extrajudicialmente que no me asistía derecho a recibir el pago de mesadas pensionales, exonerando de toda responsabilidad a Colfondos. Así mismo, me comprometo a informar a Colfondos cualquier cambio de dirección y de teléfono que tenga. Finalmente declaro que no he recibido ninguna pensión reconocida por el Sistema General de Pensiones y que no estoy reclamando ninguna pensión con cargo a los aportes efectuados en este mismo sistema. En el evento en que no se cumplan los requisitos para acceder a la pensión solicitada, esta Administradora realizará si así procede, la objeción de la prestación, autorizará la devolución de saldos y procederá a consignar en su cuenta bancaria los dineros existentes en la cuenta de ahorro individual de Colfondos. Es importante aclarar que el(los) beneficiario(s) debe(n) ser el(los) titular(es) de la(s) cuenta(s) bancaria(s).

Firma  
Nombre:  
CC:

Firma Representante Oficina

Firma Administrador Oficina