

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		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		Ciudad de Residencia						
Estado civil										
Casado (a)	Casado (a) desde	Año	Mes	Día	EPS					
Unión Libre	En unión marital de hecho desde	Año	Mes	Día	ARL					
Separado(a) / Divorciado(a)	Disolución marital de hecho desde	Año	Mes	Día						
Viudo (a)	Fecha de defunción de esposo (a)	Año	Mes	Día						
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		Sexo		TIPO DE BENEFICIARIO		
CC	CE	TI	RC	PAS	AAAA	MM	DD	F	M	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		SUBTIPO DE BENEFICIARIO		
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		Sexo		DEPARTAMENTO		
CC	CE	TI	RC	PAS	AAAA	MM	DD	F	M	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		CIUDAD		
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				

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 envío a la Calle 67 No. 7-94 en la ciudad Bogotá, o ingrese a nuestro portal transaccional 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.

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:

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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