

**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	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="checkbox"/>	INCAPACIDADES	CONVENIO ESPAÑA O CHILE
<input type="checkbox"/>	RELIQUIDACIÓN				<input type="checkbox"/>	CALIFICACIÓN	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 <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
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	
<b>Estado civil</b>			
Casado (a)	Casado (a) desde	Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/> EPS <input type="checkbox"/>	
Unión Libre	En unión marital de hecho desde	Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="checkbox"/>	
Separado(a) / Divorciado(a)	Disolución marital de hecho desde	Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="checkbox"/> ARL <input type="checkbox"/>	
Viudo (a)	Fecha de defunción de esposo (a)	Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="checkbox"/> ARL <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la entidad	
Tipo de pensión en la otra entidad		Fecha de reconocimiento en la otra entidad	Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día

**3. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE (Letras en mayúscula) en caso sobrevida, auxilio funeral o apoderado.**

Tipo de documento de identificación	Número de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	TIPO DE BENEFICIARIO
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		AAAA MM DD 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	Sexo	DEPARTAMENTO
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		AAAA MM DD 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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 N°. 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.

**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 perdida 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

<input type="checkbox"/>	SI
<input type="checkbox"/>	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 trámites 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

##### 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 cumplen 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