

FORMULARIO DETERMINACIÓN DEL SUBSIDIO POR INCAPACIDADES

RADICACIÓN

I. TIPO DE SOLICITANTE

AFILIADO

APODERADO

TERCERO AUTORIZADO

II. INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Tipo de documento		Número de documento	Fecha de nacimiento	Sexo		
CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Primer Apellido		Segundo Apellido				
Primer Nombre		Segundo Nombre				
Dirección de correspondencia		Barrio	Ciudad / Municipio			
Departamento	Teléfono		Celular			
Nombre ARL		Nombre EPS				
Correo electrónico		Autoriza comunicación a través de correo electrónico			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

III. INFORMACIÓN DE CUENTA BANCARIA

Titular	Cuenta Propia <input type="checkbox"/>	Tercero autorizado para pago <input type="checkbox"/>
Tipo de cuenta		
Ahorros <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>	Número de cuenta
		Nombre del banco

EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD POR MEDIO DE APODERADO O TERCERO AUTORIZADO DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SEGÚN SEA EL CASO

IV. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO

Tipo de documento		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	Número de documento	Tarjeta Profesional / Provisional		
Primer Apellido	Segundo Apellido					
Primer Nombre	Segundo Nombre					
Dirección de correspondencia	Barrio	Ciudad / Municipio				
Departamento	Teléfono		Celular			
Correo electrónico		Autoriza comunicación a través de correo electrónico			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

V. INFORMACIÓN DEL TERCERO AUTORIZADO

Tipo de documento		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	Número de documento			
Primer Apellido	Segundo Apellido					
Primer Nombre	Segundo Nombre					
Dirección de correspondencia	Barrio	Ciudad / Municipio				
Razón social						
Departamento	Teléfono		Celular			
Correo electrónico		Autoriza comunicación a través de correo electrónico			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

VI. INFORMACIÓN DEL TERCERO AUTORIZADO PARA PAGO

Tipo de documento		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	Número de documento			
Primer Apellido	Segundo Apellido					
Primer Nombre	Segundo Nombre					
Dirección de correspondencia	Barrio	Ciudad / Municipio				
Razón social						
Departamento	Teléfono		Celular			
Correo electrónico		Autoriza comunicación a través de correo electrónico			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

1. AUTORIZACIÓN PARA BUSQUEDA, 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 esta 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.





INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

MODULO I TIPO DE SOLICITANTE

Marque con una X sobre el campo según corresponda: Afiliado, Apoderado, Tercero Autorizado.

MODULO II INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Marque con una X: el tipo de documento del Afiliado: 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: campos numéricos, 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 (campos numéricos) Autoriza comunicación a través de correo electrónico SI o NO. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el Campo correo Electrónico, diligencie el nombre de la EPS al cual se encuentra afiliado, diligencie el nombre de la ARL al cual se encuentra afiliado.

MODULO III INFORMACIÓN BANCARIA

Marque con una X: Marque con una X el tipo de cuenta del titular.- si es Cuenta Propia-, o si cuenta con tercero autorizado para pago. Marque con una X el tipo de cuenta Ahorros – Corriente – Número de cuenta (Campo Numérico). Diligencie el Nombre del Banco.

EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD POR MEDIO DE APODERADO O TERCERO AUTORIZADO DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SEGÚN SEA EL CASO

MODULO IV 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 Diligencie los campos alfanuméricos Número de Tarjeta Profesional / Provisional: Diligencie los campos alfanuméricos. 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: Diligencie al menos uno de los campos: Números telefónicos Fijo, Celular, Autoriza comunicación a través de correo electrónico SI o NO. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el Campo correo Electrónico.

MODULO V INFORMACIÓN DEL TERCERO AUTORIZADO

Marque con una X el tipo de documento del tercero autorizado: Para cédula de Ciudadanía - C.C., para Cédula de Extranjería - C.E., para Documento Extranjero -F, Para Pasaporte – P, para identificación Tributaria - NIT. Número de documento: 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, Razón Social (Nombre de la persona jurídica). 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 (campos numéricos) Autoriza comunicación a través de correo electrónico SI o NO. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el Campo correo Electrónico.

MODULO VI INFORMACIÓN DEL TERCERO AUTORIZADO PARA PAGO

Marque con una X el tipo de documento del tercero autorizado para pago: Para cédula de Ciudadanía - C.C., para Cédula de Extranjería - C.E., para Documento Extranjero - F, Para Pasaporte - P, para Número de Identificación Tributaria - NIT. Número de documento: 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, Razón Social (Nombre de la persona jurídica). 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 (campos numéricos) Autoriza comunicación a través de correo electrónico SI o NO. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el Campo correo Electrónico.