

FORMATO ÚNICO DE
SOLICITUD PENSIONAL
Código: FOR-MIS-GRP-017

Versión: 005
Fecha de Aprobación: Febrero 2020

Tipo Solicitud

- | | |
|--|--|
| 1 Pensión de vejez y pensión de jubilación por aportes | 6 Indemnización sustitución pensión vejez |
| 2 Auxilio funerario | 7 Pago único a herederos |
| 3 Pensión sobrevivientes | 8 Sustitución provisional de pensionados a beneficiarios |
| 4 Pensión de invalidez | 9 Pensión sanción |
| 5 Indemnización sustitutiva pensión sobrevivientes | 10 Pago de costas judiciales |

Tipo Instancia

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1 Nuevo estudio | 4 Aclaratoria |
| 2 Revocatoria directa | 5 Recursos de reposición |
| 3 Fallo ordinario | 6 Fallo de tutela |

Tipo de Pretensión

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1 Reconocimiento | 2 Reliquidación |
|------------------|-----------------|

Información Causante y/o Titular Original del derecho

Tipo de Documento	CC CE F TI P	Número Documento
Fecha de Nacimiento	D D M M A A A A	Sexo
Primer Nombre		Segundo Nombre
Primer Apellido		Segundo Apellido
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico
Departamento Residencia		Ciudad Residencia
Barrio Residencia		Teléfono
Celular		

**FORMATO ÚNICO DE
SOLICITUD PENSIONAL**
Código: FOR-MIS-GRP-017

Versión: 005
Fecha de Aprobación: Febrero 2020

Información Personal Solicitante / Beneficiario 1

Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P	Número Documento
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	Sexo
Primer Nombre		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Primer Apellido		
Dirección Correspondencia		Segundo Nombre
Departamento Residencia		Segundo Apellido
Barrio Residencia		Correo Electrónico
Celular		Ciudad Residencia
		Teléfono
Parentesco	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero (a) <input type="checkbox"/> Hijos Menores <input type="checkbox"/> Hijos Estudiantes 18-25 años <input type="checkbox"/> Hijo Inválido <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermano Inválido <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Información Personal Beneficiario 2

Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P	Número Documento
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	Sexo
Primer Nombre		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Primer Apellido		
Dirección Correspondencia		Segundo Nombre
Departamento Residencia		Segundo Apellido
Barrio Residencia		Correo Electrónico
Celular		Ciudad Residencia
		Teléfono

FORMATO ÚNICO DE
SOLICITUD PENSIONAL
Código: FOR-MIS-GRP-017

Versión: 005
Fecha de Aprobación: Febrero 2020

Parentesco	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Hijo Inválido
	<input type="checkbox"/>	Compañero (a)	<input type="checkbox"/>	Padres
	<input type="checkbox"/>	Hijos Menores	<input type="checkbox"/>	Hermano Inválido
	<input type="checkbox"/>	Hijos Estudiantes 18-25 años	<input type="checkbox"/>	Otro: _____

Información Personal Beneficiario 3

Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P	Número Documento
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	Sexo
Primer Nombre		Segundo Nombre
Primer Apellido		Segundo Apellido
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico
Departamento Residencia		Ciudad Residencia
Barrio Residencia		Teléfono
Celular		

Parentesco	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Hijo Inválido
	<input type="checkbox"/>	Compañero (a)	<input type="checkbox"/>	Padres
	<input type="checkbox"/>	Hijos Menores	<input type="checkbox"/>	Hermano Inválido
	<input type="checkbox"/>	Hijos Estudiantes 18-25 años	<input type="checkbox"/>	Otro: _____

Información Apoderado

Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P	Número Documento
Primer Nombre		Segundo Nombre
Primer Apellido		Segundo Apellido
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico

FORMATO ÚNICO DE
SOLICITUD PENSIONAL
Código: FOR-MIS-GRP-017

Versión: 005
Fecha de Aprobación: Febrero 2020

Departamento Residencia	Ciudad Residencia
Barrio Residencia	Teléfono
Celular	
Tarjeta Profesional / Provisional	

Información Tercero Solicitante

Tipo de Documento <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P	Número Documento
Primer Nombre	Segundo Nombre
Primer Apellido	Segundo Apellido
Dirección Correspondencia	Correo Electrónico
Departamento Residencia	Ciudad Residencia
Barrio Residencia	Teléfono
Celular	
Tarjeta Profesional / Provisional	
Tipo de Tercero <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Tercero Autorizado <input type="checkbox"/> Representante Legal	
Razón Social	NIT
Seleccione el medio por el cual autoriza a FONCEP para dar respuesta a su solicitud: 1. Correo electrónico* <input type="checkbox"/> 2. Dirección física <input type="checkbox"/>	

FIRMA DEL SOLICITANTE _____
Nº Documento: _____

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable al FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP, 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 presentación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de FONCEP, 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 el FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP.

2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que el FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministradas por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a FONCEP, ante las entidades u organismo pertinentes.

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios del FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP.

AUTORIZACIÓN MODO DE PAGO

Señores
Fondo de Prestaciones Económicas Cesantías y Pensiones - FONCEP
Ciudad

Yo

Identificado(a) con documento C.C. C.E. Número:

Autorizo al Fondo de prestaciones Económicas Cesantías y Pensiones - FONCEP para realizar la gestión del pago de mi solicitud en caso que fuese concedida por medio de:

Pago por Ventanilla:

Banco Popular.

O abono a cuenta bancaria tipo Pensión con pre apertura a:

Bancolombia.

Para esta opción, es necesario que una vez FONCEP realice la pre apertura de la cuenta Bancolombia y sea consignado los valores Respectivos de la solicitud pensional, se debe realizar la legalización de esta en cualquiera de las oficinas de la Entidad en Servicio al Cliente, solo presentando la Cédula y la Resolución.

Autorizo también al FONCEP a realizar la gestión de cancelación y/o devolución de los aportes consignados por la misma, en la cuenta de pre apertura en el caso Errores de la Entidad o por una inactividad mayor de 3 meses.

Manifiesto que entiendo el riesgo que incurro si realizo los retiros de dinero por ventanilla.

Atentamente:

Firma Solicitante
Identificado No.

HUELLA
ÍNDICE DERECHO

FORMATO ÚNICO DE
SOLICITUD PENSIONAL
Código: FOR-MIS-GRP-017

Versión: 005
Fecha de Aprobación: Febrero 2020

Tipo de Solicitud: Marque con una X sobre la casilla del número que corresponda a su solicitud **“SOLO DEBE MARCAR UNA DE LAS OPCIONES”**, Si es Pensión de Vejez marque 1, si es Auxilio Funerario marque 2, si es Pensión de Sobrevivientes marque 3, si es Pensión de Invalidez marque 4, si es Indemnización Sustitutiva Pensión Sobrevivientes marque 5, si es Indemnización Sustitución Vejez marque 6, si es Pago Único de Herederos marque 7, si es Sustitución Provisional de Pensionados a Beneficiarios marque 8, si es Pensión Sanción marque 9 y si es Pago de Costas Judiciales marque 10.

Tipo de Instancia: Marque con una X sobre la casilla del número que corresponda a su solicitud **“SOLO DEBE MARCAR UNA DE LAS OPCIONES”**, si es un Nuevo Estudio marque 1, si es Revocatoria Directa marque 2, si es Fallo Ordinario marque 3, si es Aclaratoria marque 4, si es Recursos Reposición marque 5 y si es Fallo Tutela marque 6.

TIPO: Marque con una X sobre la casilla del número que corresponda su solicitud **“SOLO DEBE MARCAR UNA OPCION”**, si es un Reconocimiento marcar 1, si es una Reliquidación marcar 2.

Información Causante y/o Titular Original del Derecho:

Tipo de Documento: Marque con una x sobre la casilla que corresponda su tipo de documento (Cédula de Ciudadanía - CC; Cédula de Extranjería - CE, Documento Extranjero - F, Tarjeta de Identidad - TI y Pasaporte - P).

Documento: Diligencie el número de documento.

Fechas de Nacimiento: Diligencie la fecha de causante en el siguiente orden DÍA-MES-AÑO (DD-MM-YYYY).

Sexo (Género): Si es Femenino (F); si es Maculino (M).

Diligencie los datos completos de Primer Nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido.

Diligencie los campos claros de Dirección Correspondencia, Correo Electrónico, Departamento residencial, Ciudad Residencial, Barrio Residencial, Teléfono y Celular.

Información Personal Solicitante / Beneficiario 1,2 y 3:

Tipo de Documento: Marque con una x sobre la casilla que corresponda su tipo de documento (Cédula de Ciudadanía - CC; Cédula de Extranjería - CE, Documento Extranjero - F, Tarjeta de Identidad - TI y Pasaporte - P).

Documento: Diligencie el número de documento.

Fechas de Nacimiento: Diligencie la fecha de causante en el siguiente orden DÍA-MES-AÑO (DD-MM-YYYY).

Sexo (Género): Si es Femenino (F); si es Maculino (M).

Diligencie los datos completos de Primer Nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido.

Diligencie los campos claros de Dirección Correspondencia, Correo Electrónico, Departamento residencial, Ciudad Residencial, Barrio Residencial, Teléfono y Celular.

Parentesco: Marque con una x sobre la casilla el parentesco con el causante: Para Cónyuge -1, para Compañero (a) Permanente- 2, para Hijos menores - 3, para Hijos Estudiantes 18 - 2 años -4, para Hijos Inválidos - 5, para Padres - 6, para Hermano Inválido - 7 y para Otros -8 (Exclusivo para Auxilio Funerario).

Información Apoderado o Tercero Autorizado:

Tipo de Documento: Marque con una x sobre la casilla que corresponda su tipo de documento (Cédula de Ciudadanía - CC; Cédula de Extranjería - CE, Documento Extranjero - F, Tarjeta de Identidad - TI y Pasaporte - P).

Documento: Diligencie el número de documento.

Diligencie los datos completos de Primer Nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido.

Diligencie los campos claros de Dirección Correspondencia, Correo Electrónico, Departamento residencial, Ciudad Residencial, Barrio Residencial, Teléfono, Celula y Tarjeta Profesional / Provisional.

Tipo de Tercero: Marque con una x sobre la casilla que corresponda al tipo de tercero que representa: Curador -1, Tercero Autorizado - 2 y Representante Legal - 3.

Razón Social: Este campo se llena siempre y cuando el Tercero es un Representante Legal y se escribe el nombre de la empres NIT: ingresa el número de la identidad de la empres que representa.