



# POSITIVA

COMPAÑÍA DE SEGUROS



# FORMULARIO DE PENSIÓN

[CONTINUAR](#)



# FORMULARIO DE PENSION

Ingrese al Portal Transaccional con el usuario y contraseña asignado:

ask Positiva Soporte en Línea Iniciar Sesión

Usuario

Contraseña

¿Olvidó su Contraseña?

Ingresar

Registrarse

PTI

MGU

Ingrese con el usuario (número de documento)

Ingrese con la contraseña asignada

# FORMULARIO DE PENSION

Seleccione la opción de trabajador



Seleccione una opción de acuerdo al trámite que necesite realizar

ACCEDER COMO:



EMPLEADOR



TRABAJADOR



OFICINA VIRTUAL



# FORMULARIO DE PENSIÓN

Al seleccionar el libro de “Prestaciones asistenciales” seleccionar la opción “Prestaciones económicas”.

The screenshot shows the Positiva web portal interface. At the top, there is a navigation bar with the 'cbk' logo, the 'Positiva' brand name, a 'Soporte en Línea' link, and a user profile section labeled 'Nombre usuario'. Below this is a dark sidebar menu for 'TRABAJADOR' with a home icon. The menu items are: 'ABONOS Y NOVEDADES INDIVIDUALES', 'RECAUDO INDEPENDIENTE', 'PRESTACIONES ASISTENCIALES', 'PRESTACIONES ECONOMICAS' (highlighted with an orange box), 'Formulario Solicitud Pensión' (also highlighted with an orange box), 'Indemnización Permanente Parcial (IPP)', and 'Incapacidad Temporal'. The main content area features a photograph of three people (two men and one woman) looking at a tablet together. At the bottom of the main area is the 'POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS' logo. A green checkmark icon is visible in the top right corner of the main area.

De clic en “Prestaciones económicas” para hacer la respectiva solicitud

De clic [AQUÍ](#)

# FORMULARIO DE PENSION

El formulario Habeas Data contiene las políticas de seguridad de tratamiento de datos, asegúrese que la información sea correcta. Recuerde que si no esta de acuerdo no podrá continuar con el proceso.

FORMULARIO HABEAS DATA

**AVISO DE PRIVACIDAD – HABEAS DATA.**

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y/O DATOS SENSIBLES**

Para **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales y/o Datos Sensibles de nuestros clientes, es por eso que "POSITIVA" ha diseñado políticas y procedimientos que para mayor claridad están en el "ABC del Habeas Data" en nuestra página web : <https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/Politica-informacion.aspx> (Ley 1581 de 2012) que junto con la presente **autorización** nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley; lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual "usted autoriza el tratamiento de sus datos personales y/o sensibles".

YO, \_\_\_\_\_  
con doc. de identidad **CC** Número: \_\_\_\_\_

**Representante Legal de (si aplica):** \_\_\_\_\_  
con doc. de identidad **Número:** \_\_\_\_\_

Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis **datos personales** para las siguientes finalidades: **(a)** solicitud y expedición de la póliza y el clausulado. **(b)** Autorización de servicio. **(c)** cotización, colocación y ejecución de los seguros de POSITIVA, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos. **(d)** pago y reembolso de siniestros. **(e)** cancelación y revocación del seguro. **(f)** Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros. **(g)** elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por POSITIVA. **(h)** Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables. **(i)** La transmisión y Transferencia de datos a terceros con los cuales "POSITIVA" haya celebrado contratos. **(j)** Procesos al interior de POSITIVA, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; **(k)** archivar y actualizar los sistemas, además de la protección y custodia de la información y bases de datos de POSITIVA. **(l)** el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".

De acuerdo con lo anterior, declaro que Autorizo a POSITIVA, para el Tratamiento de mis **DATOS PERSONALES:**  
Sí  No

¿Autoriza a POSITIVA, para el tratamiento de sus **DATOS PERSONALES SENSIBLES?**

SI  NO

Dar clic [AQUÍ](#) para continuar

# FORMULARIO DE PENSIÓN

En el primer módulo encontrará la información del solicitante. Diligencie los campos obligatorios.

Los campos marcados con asterisco (\*) son de obligatorio diligenciamiento

**NOTA:** Si selecciona en tipo de reconocimiento Pensión de invalidez, en tipo de solicitante no podrá seleccionar Beneficiario

Si selecciona en tipo de reconocimiento Pensión de Sobrevivientes, en tipo de solicitante no podrá seleccionar Siniestrado.

Si selecciona en tipo de reconocimiento sustitución pensional, en tipo de solicitante no podrá seleccionar Siniestrado.



# FORMULARIO DE PENSIÓN

En el segundo módulo encontrará la información del siniestrado. Diligencie los campos obligatorios y oprima el botón “Buscar”, el sistema traerá la información correspondiente.

Positiva Soporte en Línea NOMBRE USUARIO

## FORMULARIO DE PENSIÓN

Limpiar X

### INFORMACIÓN DEL SINIESTRADO

Tipo documento siniestrado \* Número documento siniestrado \*

Cédula Ciudadanía  
Carnet Diplomático  
Cédula Extranjería  
Permiso Especial de Permanencia  
Pasaporte  
Tarjeta de Identidad

Nombre del siniestrado \* Apellido del siniestrado \* Fecha de fallecimiento (aaaa/mm/dd) \*

Buscar

Ingrese tipo y número de documento, de clic en “Buscar”

Los campos marcados con asterisco (\*) son de obligatorio diligenciamiento



# FORMULARIO DE PENSIÓN

En el tercer módulo diligencie los datos de la calificación, recuerde que: para pensión de invalidez todos los campos son obligatorios, para sobreviviente solo fecha siniestro y dictaminado por, para sustitución pensional solo fecha de siniestro.

**NOTA:** Cuando se selecciona Junta Regional de Calificación (JRC), debe agregar en los anexos el acta de ejecutoria.

Fecha del siniestro (aaaa/mm/dd) \*

Fecha del dictamen (aaaa/mm/dd) \*

Dictaminado por

POSITIVA  
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN (JRC)  
JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN (JNC)

Calificación PCL

Fecha de estructuración (aaaa/mm/dd)

Seleccione las fechas correspondientes

Los campos marcados con asterisco (\*) son de obligatorio diligenciamiento

# FORMULARIO DE PENSIÓN

En el cuarto módulo diligencie los datos de la calificación.

Soporte en Línea

NOMBRE USUARIO

FORMULARIO DE PENSIÓN

Limpiar

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Tipo documento \*      Número documento \*

Cédula Ciudadanía

Nombre del beneficiario \*      Apellido del beneficiario \*

Parentesco \*      Condición \*      Fecha de nacimiento (aaaa/mm/dd)\*      EPS \*

Hijo(a)  
Padre o Madre  
Cónyuge  
Compañera(o)  
Hermano(a)

ESTUDIANTE  
INVALIDO  
NO APLICA

Agregar

Los campos marcados con asterisco (\*) son de obligatorio diligenciamiento

De clic en “Agregar” para añadir mas beneficiarios

**NOTA:** El beneficiario solo podrá ser registrado una vez por solicitud.

Cuando se selecciona en parentesco “Hermano(a)” la condición solo será valida para “Invalido”.

Si el trámite es por pensión de invalidez y no tiene beneficiario debe adjuntar carta indicando no tener beneficiarios, adicional si es sobreviviente y sustitución pensonal será obligatorio al menos un beneficiario cuando el solicitante es apoderado o representante legal

# FORMULARIO DE PENSIÓN

En el último módulo diligencie los datos de contacto.

Soporte en Línea NOMBRE USUARIO

## FORMULARIO DE PENSIÓN

Limpiar X

### DATOS DE CONTACTO

Dirección de notificaciones \* Departamento \* Municipio \*  
Teléfono \* Teléfono Celular \*  
Correo Electrónico \* Digite código enviado al correo \*

Guardar

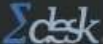
De clic  
[AQUÍ](#)

Los campos marcados con asterisco (\*)  
son de obligatorio diligenciamiento

Si el correo diligenciado es diferente al que se uso para hacer la creación del usuario, entonces le será enviado un código de seis dígitos. Ingrese el Pin enviado al correo (Sin este pin no podrá continuar)

# FORMULARIO DE PENSIÓN

De clic en “Ver” para visualizar el formulario Habeas Data diligenciado.

 **Positiva** Soporte en Línea ▼ NOMBRE USUARIO

---

### CARGUE DOCUMENTOS DEL TRÁMITE

INFORMACIÓN SINIESTRADO

Tipo de Reconocimiento: Documento de Identidad:  
Pensión de sobrevivientes 0000000

Nombre del Siniestrado: Apellidos del Siniestrado:

Habeas data Ver

Formulario Editar Ver

### HABEAS DATA

AVISO DE PRIVACIDAD – HABEAS DATA.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y/O DATOS SENSIBLES

Para **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales y/o Datos Sensibles de nuestros clientes, es por eso que “POSITIVA” ha diseñado políticas y procedimientos que para mayor claridad están en el “ABC del Habeas Data” en nuestra página web : <https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/Politica-Informacion.aspx> (Ley 1581 de 2012) que junto con la presente **autorización** nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la ley; lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual “usted autoriza el tratamiento de sus datos personales y/o sensibles”.

YO, \_\_\_\_\_

con doc. de identidad CC Número: \_\_\_\_\_

**Representante Legal de (si aplica):** \_\_\_\_\_

con doc. de identidad \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Autorizo expresamente a **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante “POSITIVA”, para que pueda: recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis **datos personales** para las siguientes finalidades: **(a)** solicitud y expedición de la póliza y el clausulado. **(b)** Autorización de servicio. **(c)** cotización, colocación y ejecución de los seguros de POSITIVA, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos. **(d)** pago y reembolso de siniestros. **(e)** cancelación y revocación del seguro. **(f)** Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros. **(g)** elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por POSITIVA. **(h)** Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables. **(i)** La transmisión y Transferencia de datos a terceros con los cuales “POSITIVA” haya celebrado contratos. **(j)** Procesos al interior de POSITIVA, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; **(k)** archivar y actualizar los sistemas, además de la protección y custodia de la información y bases de datos de POSITIVA. **(l)** el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con “POSITIVA”.

De acuerdo con lo anterior, declaro que Autorizo a POSITIVA, para el Tratamiento de mis **DATOS PERSONALES**:

Sí  No

Autorizo expresamente a **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante “POSITIVA”, para que pueda: recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, mis **datos sensibles** y declaro que he sido enterado que la siguiente información es considerada como Dato Sensible: estado de salud, valoración pre anestésica, exámenes médicos, historia clínica, patologías reconocidas, antecedentes médicos, datos biométricos, relativos a la vida sexual, religión, política, y será tratada de acuerdo a la Ley; mis datos actuales, en el futuro, y/o los que hubieran sido tratados por POSITIVA en el pasado en el cumplimiento de sus deberes legales.

1 - 3

SIGUIENTE





# FORMULARIO DE PENSIÓN

Una vez diligenciada toda la información solicitada, el sistema lo enviará a la primera página de anexos, donde se mostrará que documentos del solicitante deben ser cargados para continuar con el proceso, debe tener en cuenta que para cada tipo de reconocimiento los anexos pueden cambiar.

Los documentos marcados de color **ROJO** son de obligatorio diligenciamiento

Los primeros documentos a anexar serán los del solicitante

Positiva Soporte en Línea NOMBRE USUARIO

### CARGUE DOCUMENTOS DEL TRÁMITE

**INFORMACIÓN SINIISTRADO**

Tipo de Reconocimiento: Documento de Identidad:  
Pensión de sobrevivientes 0000000000

Nombre del Siniestrado: Apellidos del Siniestrado:

Habeas data Ver

Formulario Editar Ver

**ANEXOS\_PENSIÓN**

**Documentos Solicitante**

Fotocopia de registro civil de matrimonio del siniestrado con expedición no mayor a tres meses.  
Documento Obligatorio - Máximo 3 archivos(s). Tamaño Permitido: 4 MB [ png.pdf ]

Copia auténtica del Registro Civil de nacimiento del Cónyuge con expedición no mayor a tres meses.  
Documento Obligatorio - Máximo 3 archivos(s). Tamaño Permitido: 4 MB [ png.pdf ]

# FORMULARIO DE PENSIÓN

Una vez cargados los documentos requeridos del solicitante, el sistema lo llevará a la siguiente página de anexos.

**NOTA:** El Anexo Acta de Ejecutoria solo es solicitado cuando La calificación es dada por la Junta Regional de Calificación (JRC).

Recuerde que debe anexar los documentos “Formato autorización Modificación Reconocimiento Pensión de sobreviviente” – Sustitución Pensional.

“Formato autorización Modificación Reconocimiento Pensión de sobreviviente” – Pensión de invalidez.

“Formato Vinculación EPS – Régimen contributivo”

Para descargar esos Documentos de clic [Aquí](#).

CARGUE DOCUMENTOS DEL TRÁMITE

INFORMACIÓN SINIESTRADO

Tipo de Reconocimiento: Documento de Identidad:  
Pensión de sobrevivientes 0000000000

Nombre del Siniestrado: Apellidos del Siniestrado:

Habeas data Ver

Formulario Editar Ver

ANEXOS\_PENSIÓN

Documentos Siniestrado

Copia original del Registro Civil de defunción siniestrado con expedición no mayor a tres meses  
Documento Obligatorio - Máximo 3 archivos(s). Tamaño Permitido: 4 MB [ png.pdf ]

Certificación Afiliación EPS del Siniestrado  
Documento Opcional - Máximo 3 archivo(s). Tamaño Permitido: 4 MB [ png.pdf ]

1 - 3

SIGUIENTE

Los siguientes documentos a anexar serán los del siniestrado

Los documentos marcados de color **ROJO** son de obligatorio diligenciamiento

# FORMULARIO DE PENSIÓN

Una vez cargados los documentos requeridos, el sistema lo llevará a la siguiente de clic en “Finalizar” para radicar.

desk Positiva Soporte en Línea NOMBRE USUARIO

### CARGUE DOCUMENTOS DEL TRÁMITE

**INFORMACIÓN SINIESTRADO**

Tipo de Reconocimiento: Documento de Identidad;  
Pensión de sobrevivientes 0000000000  
Nombre del Siniestrado: Apellidos del Siniestrado:

Habeas data Ver

Formulario Editar Ver

**ANEXOS\_PENSIÓN**

3 - 3

ANTERIOR **FINALIZAR** De clic [AQUÍ](#)



# FORMULARIO DE PENSION

Para los documentos: “Formato autorización Modificación Reconocimiento Pensión de sobreviviente” – Sustitución Pensional.

“Formato autorización Modificación Reconocimiento Pensión de sobreviviente” – Pensión de invalidez.

“Formato Vinculación EPS – Régimen contributivo”.

Trámites > Trámites de Riesgo Laborales

Trámites

## Trámites de Riesgo Laborales

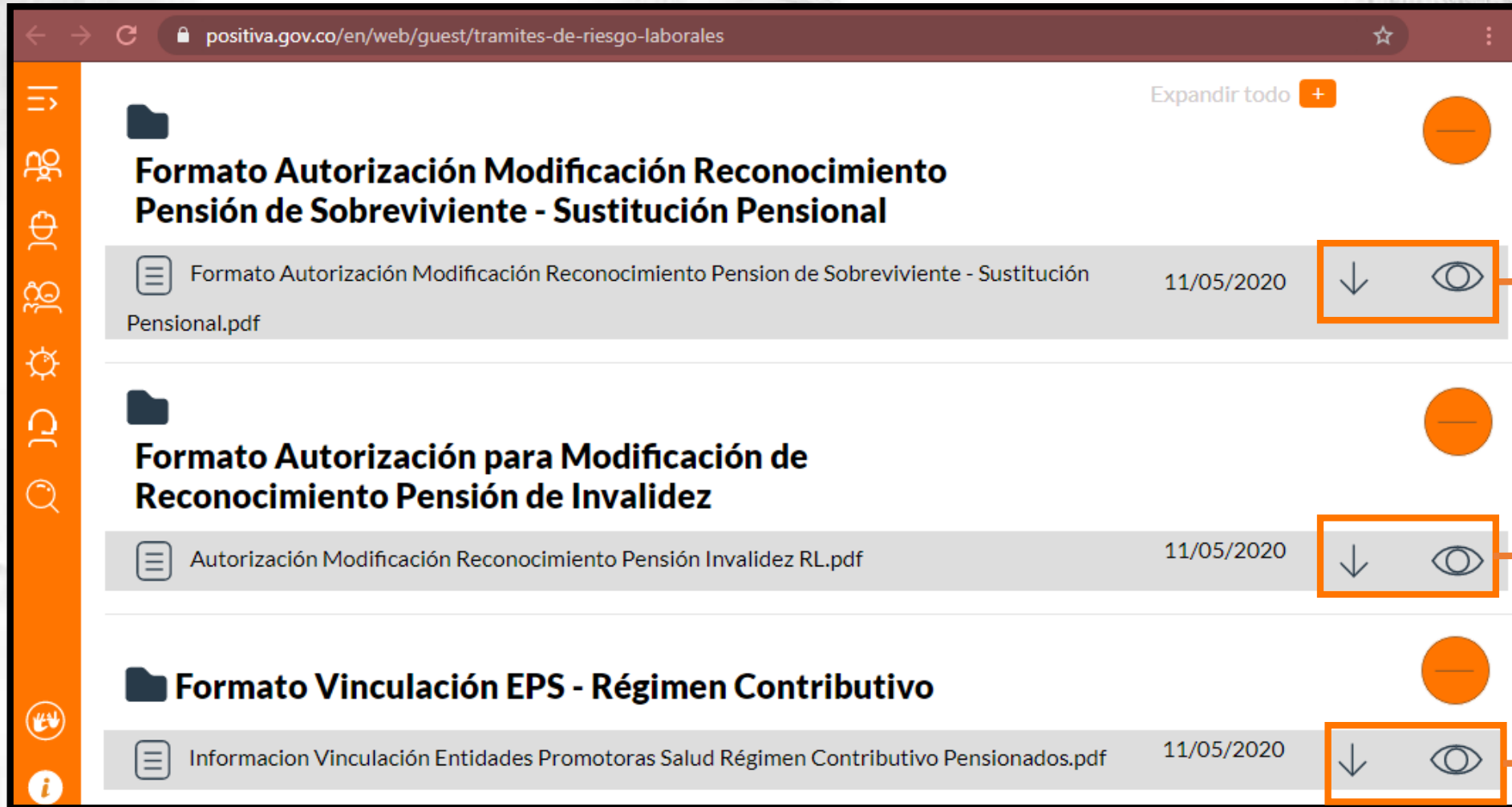
23/01/2020

¿Te podemos ayudar?

Ingresé al enlace  
<https://www.positiva.gov.co/en/web/guest/tramites-de-riesgo-laborales>

# FORMULARIO DE PENSIÓN

De clic en el signo mas (+) encontrara el icono de ojo para visualizar el formulario. En el icono de flecha podrá descárgalo.



The screenshot shows a web browser window with the URL [positiva.gov.co/en/web/guest/tramites-de-riesgo-laborales](http://positiva.gov.co/en/web/guest/tramites-de-riesgo-laborales). The page displays three sections of forms:

- Formato Autorización Modificación Reconocimiento Pensión de Sobreviviente - Sustitución Pensional**  
Formato Autorización Modificación Reconocimiento Pension de Sobreviviente - Sustitución Pensional.pdf | 11/05/2020
- Formato Autorización para Modificación de Reconocimiento Pensión de Invalidez**  
Autorización Modificación Reconocimiento Pensión Invalidez RL.pdf | 11/05/2020
- Formato Vinculación EPS - Régimen Contributivo**  
Informacion Vinculación Entidades Promotoras Salud Régimen Contributivo Pensionados.pdf | 11/05/2020

Each entry includes a document icon, a date, and two action icons: a download arrow and an eye icon. The download arrows and eye icons are highlighted with orange boxes.

De Clic [Aquí](#)


De Clic [Aquí](#)

De Clic [Aquí](#)

# FORMULARIO DE PENSIÓN

	PROCESO: <b>GESTIÓN DE SINIESTRO</b>	Código MIS_5_4_5_FR05 Versión 04 Clasificación Publica Clasificada Fecha 13/03/2020										
	FORMATO <b>AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO PENSIÓN DE SOBREVIVIENTE / SUSTITUCIÓN PENSIONAL</b>											
	Aprobó: <b>Sonia Esperanza Benítez Garzón</b> Gerente Indemnizaciones	Revisó: <b>Juan Pablo Giraldo</b> Líder SIG	Elaboró: <b>Zuanny Bello</b> Profesional Especializado									
	FECHA _____ LUGAR _____ Nombre Causante _____ No. Documento Causante _____ Yo _____ CC _____ en nombre propio, y en representación de mis hijos cuyos nombres relaciono a continuación, en condición de beneficiarios de la pensión de sobrevivientes o sustitución pensional, en forma libre y espontánea manifiesto que autorizo a la Administradora de Riesgos Labores POSITIVA COMPANHIA DE SEGUROS S.A., para que en el evento en que se presenten a reclamar otros beneficiarios con igual derecho al que nos asiste, se modifique la distribución de la cuota parte correspondiente a cada beneficiario y se emita oficio aclaratorio frente al cual se reconoció el derecho inicialmente, conforme a lo dispuesto en la Ley 776 de 2002, Ley 797 de 2003 y Ley 1562 de 2012.											
RELACION DE HIJOS REPRESENTADOS												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRES Y APELLIDOS</th> <th>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									Firma: _____ Cedula: _____ Dirección de contacto beneficiario: _____ Ciudad de residencia beneficiario: _____ Teléfono de Contacto beneficiario: _____ Correo Electrónico beneficiario: _____
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD											

Formato autorización Modificación Reconocimiento Pensión de sobreviviente– Sustitución Pensional

	PROCESO: <b>GESTIÓN DE SINIESTRO</b>	Código MIS_5_4_5_FR04 Versión 04 Clasificación Publica Clasificada Fecha 03/03/2020	
	FORMATO <b>AUTORIZACION PARA MODIFICACION DE RECONOCIMIENTO PENSION DE INVALIDEZ DE RIESGOS LABORALES</b>		
	Aprobó: <b>Sonia Esperanza Benítez Garzón</b> Gerente Indemnizaciones	Revisó: <b>Juan Pablo Giraldo</b> Líder SIG	Elaboró: <b>Zuanny Bello</b> Profesional Especializado
	FECHA _____ Nombre Afiliado _____ No. Documento Afiliado _____ Yo _____ CC _____ en nombre propio y en forma libre y espontánea manifiesto que autorizo a la Administradora de Riesgos Labores POSITIVA COMPANHIA DE SEGUROS S.A., para que en el evento en que se cumplan los presupuestos establecidos en el artículo 44 de la Ley 100 de 1993 "Revisión de las Pensiones de Invalidez", se modifique total o parcialmente el oficio mediante el cual se reconoció la Pensión de Invalidez, conforme a lo dispuesto por la Ley 776 de 2002, Ley 797 de 2003, Ley 1562 de 2012 y Decreto 1352 del 2013.		
Lo anterior, teniendo en cuenta que el afiliado deberá ser valorado por el Médico Laboral cada tres años con el fin de establecer si las condiciones que dieron origen a la prestación económica inicial persisten.			
FIRMA: _____ Dirección de contacto del Afiliado: _____ Ciudad de contacto del Afiliado: _____ Teléfono de contacto del Afiliado: _____ Correo Electrónico Afiliado: _____			

Formato autorización Modificación Reconocimiento Pensión de sobreviviente” – Pensión de invalidez.

	PROCESO: <b>GESTIÓN DE SINIESTRO</b>	Código MIS_5_4_5_FR07 Versión 04 Clasificación Publica Clasificada Fecha 25/02/2020	
	FORMATO <b>INFORMACIÓN SOBRE VINCULACION A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD - REGIMEN CONTRIBUTIVO PENSIONADOS DE RIESGOS LABORALES</b>		
	Aprobó: <b>Sonia Esperanza Benítez Garzón</b> Gerente Indemnizaciones	Revisó: <b>Juan Pablo Giraldo</b> Líder SIG	Elaboró: <b>Zuanny Bello</b> Profesional Especializado
	Fecha _____ Nombre del Afiliado o Beneficiario _____ Documento de Identidad _____ Dirección Residencia del Afiliado o Beneficiario: _____ Ciudad del afiliado o beneficiario _____ Teléfono _____ Última EPS a la cual se encuentra o encontraba afiliado: _____ Régimen Subsidiado ( ) Régimen contributivo ( ) Calidad de vinculación: Beneficiario ( ) Cotizante ( ) Nombre de la EPS del régimen contributivo al cual se desea afiliarse: _____ Anexo copia del formulario de vinculación a la EPS y/o certificado expedido por la EPS actual o última EPS en la cual se detallan, la fecha y forma de su vinculación SI ( ) NO ( ) Me comprometo a que una vez me comuniquen el oficio de reconocimiento de la Pensión, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación, realizaré el trámite correspondiente de afiliación o actualización en la EPS de mi nuevo status de pensionado y el de mi grupo familiar o mis representados.		
Firma del Afiliado o Beneficiario: _____ Cédula _____ Correo Electrónico _____			

“Formato Vinculación EPS – Régimen contributivo”.



# FORMULARIO DE PENSION

Finalmente Radicar.

Asegúrese que la información sea la correcta y que el formulario presente el sticker.

Tramite de Solicitud Pensión generado correctamente con radicado número ENT - 2020 01 000 001426

Descargue este radicado para su seguimiento y control, recuerde que esta aseguradora cuenta con 2 meses para emitir pronunciamiento.

**FORMATO DE SOLICITUD DE PENSION**  
Las mesadas pensionales prescriben en el término de (3) años, contados a partir de la fecha en que se genera, concreta y determine el derecho

1. TIPO DE RECONOCIMIENTO:  Pensión de invalidez  Pensión de sobrevivencia  Sustitución Pensión

2. INFORMACION DEL SOLICITANTE  
Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Apellido del solicitante: \_\_\_\_\_  
Tipo de radicación:  Residente  No residente  Apellido  No residente legal / turista  Tipo de Documento: U.E.  S.C.  S.E.  P.A.C.  Tarjeta profesional: \_\_\_\_\_

3. INFORMACION DEL SEGUSTRADO  
Nombre del Segurado: \_\_\_\_\_ Apellido del Segurado: \_\_\_\_\_ Tipo de Documento: U.E.  S.C.  S.E.  P.A.C.  Fecha Fallecimiento (DD/MM/AAAA): 07/09/2020

4. DATOS DE LA CALIFICACION  
Tipo de Documento: U.E.  S.C.  S.E.  P.A.C.  Fecha del Documento (DD/MM/AAAA): 07/09/2020 Fecha de Emisión (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_ Tipo de Documento: P.C.  P.L.  No

5. INFORMACION DE BENEFICIARIOS  
Tipo de Documento: U.E.  S.C.  S.E.  P.A.C.  Fecha de Emisión (DD/MM/AAAA): 07/09/2020

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO	SEGURO	APellidos	PARENTESCO	EDAD	FECHA NACIMIENTO	SEXO
C	1234567			COMPAÑERA		04/10/1922	

6. INFORMACION DE CONTACTO  
Dirección: CLL 5 99  
Municipio: VAUPES  
Ciudad: TARAIRA  
Teléfono: 1234567  
Teléfono Celular: 3103101010

Nombre del solicitante: TARAIRA  
No. Cédula: 3103101010

**Sticker de radicación**

Cerrar





---

**Estamos listos para ponernos en**

**ACCIÓN**

---