Colpensiones

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE GASTOS DE TRASLADO Y/O REEMBOLSOS

RADICACIÓN

## I. TIPO DE SOLICITUD

- ☐ SOLICITUD DE TRASLADO PARA ASISTIR A CITA CON JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
- ☐ SOLICITUD DE REEMBOLSO

## II. PERSONA CALIFICADA

- ☐ AFILIADO
- ☐ BENEFICIARIO DE AFILIADO
- ☐ PENSIONADO
- ☐ BENEFICIARIO DE PENSIONADO

## III. TIPO DE SOLICITANTE QUE ACUDE

- ☐ APODERADO
- ☐ PERSONA CALIFICADA
- ☐ TERCERO AUTORIZADO

## IV. INFORMACIÓN DEL AFILIADO /PENSIONADO

Tipo de Documento T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ F. ☐ P. ☐ | No. de Documento | Fecha de Nacimiento D D M M A A A A | Género F ☐ M ☐

Primer Apellido | Segundo Apellido

Primer Nombre | Segundo Nombre

Estado Civil Soltero ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Otros ☐ ¿Cuál? | Teléfono | Celular

Dirección de Correspondencia

Barrio | Ciudad / Municipio | Departamento

Correo Electrónico | Autoriza comunicación a través de correo electrónico. Sí ☐ No ☐

## V. INFORMACIÓN DE CUENTA BANCARIA (Aplica solamente para solicitudes de reembolso)

Nombre del titular

Cuenta Propia ☐ Cuenta de Tercero Autorizado para Pago ☐ | Tipo de Cuenta Ahorros ☐ Corriente ☐ | Número de Cuenta | Nombre del Banco

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

## VI. INFORMACIÓN DEL APODERADO Y/O TERCERO AUTORIZADO

Tipo de Documento CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ | No. de Documento | Tarjeta Profesional / Provisional

Primer Apellido | Segundo Apellido

Primer Nombre | Segundo Nombre

Teléfono | Celular

Dirección de Correspondencia

Barrio | Ciudad / Municipio | Departamento

Correo Electrónico | Autoriza comunicación a través de correo electrónico. Sí ☐ No ☐

## VII. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Tipo de Documento CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ TI ☐ RC ☐ | No. de Documento | Fecha de Nacimiento D D M M A A A A | Género F ☐ M ☐

Primer Apellido | Segundo Apellido

Primer Nombre | Segundo Nombre

**RELACIONAR LA INFORMACIÓN DEL ACUDIENTE, ADULTO RESPONSABLE O CURADOR DEL BENEFICIARIO.**

Nombre y Apellidos

No. de Documento | Teléfono | Ciudad / Municipio

## VIII. INFORMACIÓN DEL ACOMPAÑANTE AUTORIZADO

¿Requiere Acompañante? Si ☐ No ☐ Si señala si, debe anexar orden médica de la EPS donde se indica que requiere acompañante. | Tipo de Documento CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ | No. de Documento

Primer Apellido | Segundo Apellido

Primer Nombre | Segundo Nombre

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, 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 tramites, 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, realicé 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.

FIRMA DEL SOLICITANTE

No. DE DOCUMENTO

"Ven por tu FUTURO"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PSB-GML-FML-003_V1 30/03/2022_4010 cadena.

# INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO DE SOLICITUD DE GASTOS DE TRASLADO Y/O REEMBOLSOS

**MÓDULO I TIPO DE SOLICITUD**
Marque con una X sobre el campo según corresponda: Solicitud de traslado para asistir con Juntas de Calificación de Invalidez. Solicitud de Reembolso.

**MÓDULO II PERSONA CALIFICADA**
Marque con una X sobre el campo según corresponda: Afiliado, Pensionado, Beneficiario de Afiliado, Beneficiario de Pensionado.

**MÓDULO III TIPO DE SOLICITANTE QUE ACUDE**
Marque con una X sobre el campo según corresponda: Apoderado, Tercero Autorizado y Persona Calificada.

**MÓDULO IV INFORMACIÓN DEL AFILIADO/PENSIONADO**
Marque con una X: El Tipo de Documento del Afiliado: Para Tarjeta de Identidad - T.I., para Cédula de Ciudadanía - C.C., para Cédula de Extranjería - C.E., para Documento Extranjero - F, Para Pasaporte - P, Número de Documento: Campos numéricos, diligencie los campos numéricos. Fecha de Nacimiento: Diligencie en el siguiente orden: (dd/mm/aaaa). Sexo (género): Si es Femenino - F, Si es Masculino – M. Estado Civil: Señale el estado si es soltero, casado, unión libre, separado, viudo, otros y cual. 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 (campos numéricos). Autoriza comunicación a través de correo electrónico SI o NO.

**MÓDULO V INFORMACIÓN DE CUENTA BANCARIA** (Aplica solamente para solicitudes de reembolso)
Marque con una X: El Tipo de Cuenta del Titular. Si es Cuenta Propia - , o si la cuenta es de un tercero autorizado para pago. Marque con una X el tipo de Cuenta Ahorros – Corriente – Número de cuenta. Diligencie el Nombre del Banco.

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

**MÓDULO VI INFORMACIÓN DEL APODERADO Y/O TERCERO AUTORIZADO**
Marque con una X: Tipo de Documento, marcar si es: Para Cédula de Ciudadanía - C.C., para Cédula de Extranjería - C.E., para Documento Extranjero - F, Para Pasaporte - P, Número de Documento: Campos numéricos. Tarjeta Profesional/Provisional: Campos numéricos. 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, Ciudad/Municipio y Departamento. 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.

**MÓDULO VII INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO**
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 Pasaporte - P, para Tarjeta de Identidad - TI, Registro Civil de Nacimiento - RC. Número de Documento: Campos numéricos, diligencie los campos numéricos. Fecha de Nacimiento: Diligencie en el siguiente orden: (dd/mm/aaaa). 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. Relacionar la información del acudiente, adulto responsable o curador del beneficiario: Nombres y Apellidos, Número del Documento, Teléfono, Ciudad/Municipio.

**MÓDULO VIII INFORMACIÓN DEL ACOMPAÑANTE AUTORIZADO**
Marque con una X: SI o NO si requiere acompañante. Si señala si, debe anexar orden médica de la EPS donde se indica que requiere acompañante. Tipo de Documento del Afiliado: Para Cédula de Ciudadanía - C.C., para Cédula de Extranjería - C.E., para Documento Extranjero - F, para Pasaporte - P. Número de Documento: Campos numéricos. Diligencie los datos correspondientes al Nombre Completo: Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre.