ECUA/COL-02

ACUERDO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ECUADOR Y COLOMBIA

SOLICITUD

☐ VEJEZ ☐ INVALIDEZ ☐ SUPERVIVENCIA

El presente formulario será diligenciado por la Entidad Gestora ante la cual se presente la solicitud de acuerdo con los documentos allegados por el solicitante, y será remitido al Organismo de Enlace competente de la otra parte, donde el asegurado alega haber cotizado.

Artículos 19, 20 y 21 del Acuerdo Administrativo

Nº de referencia en Ecuador:.....

Nº Documento de Identificación en Colombia (6) .....

Fecha de presentación: Día..... Mes.....Año.....

1 Destinatario:

1.1. Denominación :.....

1.2. Dirección (1) .....

2 Datos relativos al asegurado o causante fallecido:

2.1. Primer apellido ..... Segundo apellido ..... Nombre .....

2.2. Apellidos de nacimiento (2) .....

2.3. Fecha de nacimiento Día ..... Mes.....Año..... Lugar de nacimiento .....

2.4. Sexo: ☐ F ☐ M Nacionalidad (3) _____

2.5. Estado civil: (4) ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐ Viudo

Fecha de matrimonio o de la unión marital de hecho: Día..... Mes .....Año .....

Fecha del divorcio o de la separación si es unión libre: Día..... Mes .....Año .....

2.6. DNI/NIE (5) _____

Tipo de documento (C.C., C.E., P, T.I, R.C o NUIP) (6) .....No. de documento _____

(Por favor anexar fotocopia del documento expedido en Colombia)

2.7. Domicilio habitual (1) .....

2.8. Número de afiliación a la Seguridad Social (6)

En Ecuador: .....

En Colombia: .....

2.9. Fecha de fallecimiento. Día.....Mes.....Año..... Lugar de fallecimiento.....

2.10. Origen del fallecimiento: (7) Común.....Laboral.....

2.11. El asegurado (7)

☐ Ejerce ☐ una actividad asalariada ☐ una actividad independiente

☐ No ejerce actividad laboral

2.12. Fecha en la que ha cesado o cesará su actividad laboral . Día ..... Mes .....Año .....

2.13. ¿Se encuentra afiliado a Salud a una Entidad Promotora de Salud (EPS) en Colombia? (10) ☐ SI ☐ NO. (10)

Cuál ?_____ Cotizante _____Beneficiario(s) _____.

2.14. ¿Se considera el interesado incapacitado para el trabajo? (10) ☐ SI ☐ NO

2.15. El asegurado (7) ☐ percibe ☐ ha sido ☐ no percibe una pensión o renta ☐ no ha sido titular de una pensión o renta

2.16. En caso afirmativo :

Institución que concedió la pensión .....

Importe mensual de la pensión.....

Número de pagas al año .....

2.17. **Correo electrónico: (17)** .....

3 Datos relativos al solicitante en caso de supervivencia. (14)

3.1. Primer apellido ..... Segundo apellido ..... Nombre .....

3.2. Fecha de nacimiento Día..... Mes.....Año..... Lugar de nacimiento.....

3.3. Sexo : ☐ F ☐ M Nacionalidad (3) _____

3.4. Tipo de documento de identificación en Colombia (6).....No. de documento..... En Ecuador .....
(Por favor anexar fotocopia del documento expedido en Colombiar)

3.5. Parentesco con el Causante: .....

3.6. Fecha de matrimonio o unión libre Día..... Mes .....Año .....

Fecha de divorcio o separación si es unión libre Día..... Mes.....Año.....

Convivía con el Causante ☐ SI ☐ NO. DESDE Día..... Mes.....Año..... HASTA Día..... Mes.....Año.....

Ha contraído nuevo matrimonio (10) ☐ SI ☐ NO Fecha del nuevo matrimonio Día..... Mes .....Año .....

3.7. ¿Percibe el viudo /a alguna otra pensión? (10) ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo :

Tipo y número de referencia de la pensión .....

Institución pagadora .....

Fecha de efectos: Día ..... Mes .....Año .....

Importe mensual de la pensión .....

Número de pagas al año..... .....

3.8. Domicilio habitual (1).....

3.9. Correo Electrónico: **(17)** _____

3.10 REPRESENTANTE LEGAL (15) _____

Tipo de documento en Ecuador (5).....Nº:.....

Tipo de documento en Colombia (6) (C.C., C.E.,.....No. de documento.....

(Por favor anexar fotocopia del documento)

4 Datos de los familiares que pueden causar derecho a pensión. (10)

Apellidos y nombre	Tipo de documento de identificación (6)	Grado de parentesco (10)	Fecha de nacimiento Día /Mes/Año	¿Convivía/ convive con el asegurado? (10)	¿Dependía o depende económicamente del asegurado? (10)	¿Está Incapacitado para el trabajo? (8 y 10)	Trabaja (10)	Percibe pensión o renta (10)	Estudia indicar nivel alcanzado (16)

5 Datos bancarios donde desea percibir la pensión. (12 y 17)

5.1. País de cobro Colombia ☐ Ecuador ☐ Otro ☐ _____

5.2. Nombre del banco.....

5.3.Dirección completa.....

5.4.Código del banco .....

5.5. Código S.W.I.F.T .....

5.6. Nº de cuenta personal .....

7 Declaración de actividades laborales desarrolladas por el asegurado. Aclarando si las actividades son o no de alto riesgo (13)

7. 1 En Ecuador

Nombre de la empresa	DIRECCIÓN, CIUDAD Y PROVINCIA	Desde DD/MM/AAAA	Hasta DD/MM/AAAA	Naturaleza de la actividad

7. 2 En Colombia (13)

Nombre de la empresa	Dirección, Ciudad, Departamento y Municipio	Nombre de la Administradora de Pensiones	Desde DD/MM/AAAA	Hasta DD/MM/AAAA	Naturaleza de la actividad

8 **Datos sobre los períodos de seguro.**

8.1 **Períodos de seguro acreditados en Ecuador.**

Entidad Ecuatoriana donde realizo aportes para pensión	Desde DD/MM/AAA	Hasta DD/MM/AAA	Obligatorios (días)	Voluntarios (días)
TOTAL				

8.2 **Períodos de seguro acreditados en Colombia.**

Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión	Desde DD/MM/AAA	Hasta DD/MM/AAA	Obligatorios (días)	Voluntarios (días)
TOTAL				

9

9.1 procede □ **no procede** □

realizar retenciones a efectos de compensación conforme al art. 32.2 del Acuerdo

9.2 Los atrasos de pensión □ **pueden** □ **no pueden**

abonarse directamente al beneficiario

10.-Determinación de la prestación a cargo de Ecuador.

Clase de la prestación.	Fecha de efectos	Importe Mensual	Número de mensualidades al año.
.....	DD/.....MM/.....AAAA.....	.....	.....

10.1. (8) ☐ Por totalización ☐ Sin totalización

En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta:.....

Coeficiente prorrata: .....

10.2. Motivos por los cuales no se abona ninguna prestación.

Sello: Fecha: .....

.....

Firma del Funcionario

10.3. Entidad Gestora de Ecuador.

Denominación:

.....

Dirección: (1) .....

Teléfono:.....Correo electrónico: .....

Sello: Fecha: .....

.....

Firma

11.-Determinación de la prestación a cargo de Colombia.

Clase de la prestación.	Fecha de efectos	Importe Mensual	Número de mensualidades al año.
.....	DD/.....MM/.....AAAA.....	.....	.....

11.1. (8) ☐ Por totalización ☐ Sin totalización

En caso de liquidación por totalización, número total de días tenidos en cuenta:.....

Coeficiente prorrata: .....

11.2. Motivos por los cuales no se abona ninguna prestación.

Sello: Fecha: .....

.....

Firma del Funcionario

11.3. Entidad Gestora de Colombia

Denominación:
.....

Dirección: (1) .....

Teléfono:.....Correo electrónico: .....

Sello: Fecha: .....

.....
Firma

El numeral 12 debe ser diligenciado directamente por el solicitante, quien facultara a la Entidad Gestora en Colombia, a notificar Actos Administrativos y/o dictámenes de pérdida de capacidad laboral, a la dirección de correo electrónica informada.

12. AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN Y GIRO DE PENSIÓN AL EXTERIOR. (17)

Primer apellido Segundo apellido Nombres

.....

Documento de identidad (6) CC.....CE..... P.....TI..... No. .....

Correo Electrónico: .....

AUTORIZO A LA ENTIDAD GESTORA EN COLOMBIA A:

Que se me notifique por medio de correo electrónico (7) SI (__) o NO (__)

Realizar el pago de mis mesadas pensionales mediante giro al exterior de forma:

Mensual (18) (__) o Trimestralmente (18) (__)

Se encuentra afiliado Régimen Contributivo de Salud a una Entidad Promotora de Salud (EPS) en Colombia (2) SI (__) NO (__)

Cual (19) _____ Cotizante____ Beneficiario ___

Desea continuar afiliado y aportando a la Entidad Promotora de Salud (EPS) en Colombia (7) SI (__) NO (__) (20)

Firma del Solicitante _____ Fecha DD _____ MM ____ AAAA _____

INSTRUCCIONES.

El presente formulario se diligenciará a máquina o en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS.

1- Para Colombia, indicar: Dirección, Ciudad, Municipio y Departamento.
2. Para las mujeres casadas, apellido de Soltera.
3. En caso de cambio de nacionalidad, indicar a continuación cuándo se produjo dicho cambio.
4. Indicar según los casos: soltero/a, casado/a, viudo/a o divorciado/a, unión libre.
5. Para los nacionales colombianos residentes en Ecuador indicar el número de identidad extranjera (NIE).

6. Para los nacionales colombianos: Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE,) Pasaporte (P) (Aun cuando no es documento de identificación), Tarjeta de Identidad (T.I.) Registro Civil o Número Unico de Identificación (R.C o NUIP)
7. Marcar lo que proceda.
8. Marcar lo que proceda. En caso de incapacidad, deberá adjuntar incapacidad médica debidamente soportada con informe médico.
9. Hijos, padres u otros derechohabientes.
10. Indicar SI o NO.
11. Si la persona a la cual se le ha reconocido una pensión en Colombia reside en el exterior, no se le efectuaran descuentos para Salud. Si reside en Colombia deberá aportar el 12% de la mesada pensional y será afiliado obligatorio al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.
12. Si va a cobrar en el exterior, deberá acreditar certificación Bancaria que contenga los datos exigidos en este ítem, adicionalmente el pensionado debe diligenciar la declaración de cambio.
13. Si la persona pide régimen de alto riesgo en Colombia deberá acreditar tiempos servidos en iguales condiciones en Ecuador Art. 24 del Acuerdo. La legislación colombiana considera actividades de alto riesgo:
    1. Trabajos en minería que impliquen prestar el servicio en socavones o en subterráneos.
    2. Trabajos que impliquen la exposición a altas temperaturas, por encima de los valores límites permisibles, determinados por las normas técnicas de salud de salud ocupacional.
    3. Trabajos con exposición a radiaciones ionizantes.
    4. Trabajos con exposición a sustancias comprobadamente cancerígenas.
    5. En la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil o la entidad que haga sus veces, la actividad de los técnicos aeronáuticos con funciones de controladores de tránsito aéreo, con licencia expedida o reconocida por la Oficina de Registro de la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil, de conformidad con las normas vigentes.
    6. En los Cuerpos de Bomberos, la actividad relacionada con la función específica de actuar en operaciones de extinción de incendios.
    7. En el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Inpec, la actividad del personal dedicado a la custodia y vigilancia de los internos en los centros de reclusión carcelaria, durante el tiempo en el que ejecuten dicha labor. Así mismo, el personal que labore en las actividades antes señaladas en otros establecimientos carcelarios, con excepción de aquellos administrados por la fuerza pública.
14. Para los casos de solicitudes de prestaciones de SOBREVIVENCIA por invalidez, el beneficiario deberá presentar el formulario de "INFORME MEDICO DETALLADO".
15. Se diligencia en los casos de solicitud de pensiones de sobrevivientes por hijos menores de edad o con discapacidad, donde se requiere estar representado por un tutor, curador o representante legal.
16. Indicar SI o NO, Para Hijos beneficiarios entre los 18 y 25 años. Adicionar certificado de Estudios (que indique si es semestral o anual)
17. Para las solicitudes que inician en Ecuador, diligenciar completamente.

    Es responsabilizada de la persona que autoriza la notificación electrónica la revisión periódica del correo autorizado tanto de la bandeja de entrada como de la bandeja del correo no deseado, e informar un correo valido que cuente con los elementos básicos de una cuenta de correo electrónico como lo son usuario, signo "@" y dominio.

    La persona que autoriza debe agregar el dominio de la ENTIDAD GESTORA a la lista de direcciones confiables a fin de evitar que la comunicación sea recibida en la bandeja de correo no deseado, y verificar en su correo la disponibilidad de recepción de los correos electrónicos.
18. En Entiéndase como mensual cada 30 días y trimestral coda 90 días.
19. Especificar la EPS en la cual se encuentra afiliado.
20. Si el pensionado opta por continuar cotizando en salud en Colombia deberá aportar el 12 % de la mesada pensional. De estar afiliado y elige no continuar debe aportar la suspensión de la afiliación a la EPS. (si fuera el caso).