

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPUBLICA DE CHILE
Y LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

FORMULARIO DE CORRELACIÓN SOBRE PERÍODOS DE SEGURO ACREDITADOS

El presente formulario será diligenciado por las Instituciones Competentes en la parte que les corresponda y deberá ser remitido al Organismo de Enlace de su país, que a su vez lo remitirá al Organismo de Enlace de la otra parte. Artículos 6 y 10 del Acuerdo Administrativo.

Fecha de presentación de la solicitud: _____

Nº de referencia en Colombia _____

1 Organismo de Enlace:

1.1. Denominación : _____

1.2. Dirección (1) _____

2 Datos relativos al asegurado o causante fallecido:

2.1. Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
_____	_____	_____

2.2. Apellidos de nacimiento (2)	Nombre del padre	Nombre de la madre
_____	_____	_____

2.3. Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
_____	_____

2.4. Sexo	Nacionalidad (3)
_____	_____

2.5. Estado civil: (4) _____

Fecha de matrimonio o de la unión marital de hecho	Fecha del divorcio o de separación si es unión marital de hecho
_____	_____

2.6. Cédula de identidad o Rut en Chile. (5) _____

Tipo Documento de identidad en Colombia (C.C., C.E, T.I., R.C .o NUIP N° 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 Chile: _____

En Colombia: _____

A

3 Datos sobre los períodos de seguro.			
3.1 Períodos de seguro acreditados en Chile.			
Desde	Hasta	Voluntarios (días)	Obligatorios (días)
TOTAL:			

Total (8): años meses días

Handwritten mark

Si él/la interesado/a tiene derecho a prestación, solamente, por los periodos de seguro reconocidos de acuerdo con la legislación chilena, recibirá un importe mensual de:

\$: _____ A partir del: ____ / ____ / ____

-El interesado/a no tiene derecho a prestación por el siguiente motivo:

Fecha: _____

_____ Firma

Periodos de seguro acreditados en Colombia.

3.2			
Entidad colombiana donde realizó aportes para pensión	Desde	Hasta	Obligatorios (días)
	TOTAL:		

Total (8): años meses días

-Independientemente de lo establecido en el Convenio, el/la interesado/a tiene derecho, solamente, por los periodos de seguro reconocidos de acuerdo con la legislación Colombiana, a un importe mensual de prestación de:

\$: _____ A partir del: ____/____/____

-El interesado/a no tiene derecho a prestación por el siguiente motivo:

Fecha: _____

Firma



4. Liquidación de las Prestaciones

Prestaciones a concederse, a cargo de la Institución Competente, de acuerdo con los Art. 9, 10, 11 y 12 del Convenio:

Tipo de Pensión.	Fecha Inicio de pago o Devengamiento.	Importe anual/mensual. (7)	Número de pagas al año.
_____ Por totalización _____ Sin totalización			

Institución Competente
Denominación:
Dirección: (1).....
Sello: Fecha: Firma:

X

INSTRUCCIONES

El presente formulario se completará a máquina o en caracteres de imprenta.

NOTAS

1. Para Chile, indicar: Calle, número, código postal, comuna, ciudad, país.
Para Colombia, indicar: Dirección, Municipio y Departamento.
2. Para las mujeres casadas.
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 marital de hecho
5. Para los chilenos y extranjeros, residentes o ex residentes en Chile, indicar la cédula de identidad o el RUT.
Para los nacionales colombianos : Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE,) Tarjeta de Identidad (T.I.)
Registro Civil o Número Único de Identificación (R.C o NUIP).
6. En Chile: Indicar RUT
En Colombia: Tipo y Número de identificación
7. Expresar montos en la moneda del país de la entidad pagadora de la pensión.
8. Años 360 días.

