

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE URUGUAY Y COLOMBIA

FORMULARIO DE SOLICITUD

VEJEZ
 INVALIDEZ
 SOBREVIVENCIA
 RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS (0)

Artículos 8 al 18 del Acuerdo de Seguridad Social

Fecha de presentación: Día (DD)..... Mes (MM) Año (AAAA).....

1 Organismo de Enlace destinatario:

1.1. Denominación:
 1.2. Dirección (1)
 1.3. Teléfono: Correo electrónico:

2 Datos relativos al asegurado o causante fallecido:

2.1 Primer Apellido Segundo Apellido Nombre
 2.2 Apellidos de nacimiento (2) Nombre del padre Nombre de la madre
 2.3. Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento
 Día (DD)..... Mes (MM)..... Año (AAAA).....
 2.4 Sexo Nacionalidad (3)
 2.5. Estado civil: (4)
 Fecha de matrimonio o de la unión marital de hecho/unión concubinaria:.....Día (DD)..... Mes (MM)..... Año (AAAA).....
 Fecha del divorcio o de separación si es unión marital de hecho/unión concubinaria: Día (DD).....Mes (MM)..... Año (AAAA)
 2.6. Cédula de Identidad en Uruguay (5) No.
 Tipo de documento en Colombia (5) (C.C., C.E., T.I.R.C. o NUIP)Nº de documento
 (Por favor anexas fotocopia del documento)
 2.7. Domicilio habitual (1)
 2.8. Correo electrónico
 2.9. Última Entidad Administradora de Pensiones en Colombia
 2.10. El asegurado (7)
 Ejerce una actividad asalariada
 una actividad independiente
 No ejerce actividad laboral
 2.11. Fecha en la que ha cesado o cesará su actividad laboral Día (DD)Mes (MM)..... Año (AAAA).....
 2.12. ¿Se encuentra afiliado a Salud a una Entidad Promotora de Salud (EPS) en Colombia? (10) SI NO (11)
 Cuál? _____ Cotizante _____ Beneficiario(s) _____
 2.13. Se considera el interesado incapacitado para el trabajo? (8) SI NO
 2.14. El asegurado (7) percibe pensión o renta no percibe una pensión o renta
 ha sido titular de una pensión o renta no ha sido titular de una pensión o renta
 2.15. En caso afirmativo: Institución que concedió la pensión
 Importe mensual de la pensión.....
 Número de pagas al año

COMPLETAR EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN ASEGURADO

2.16. Fecha de fallecimiento. Día (DD)..... Mes (MM)..... Año (AAAA)..... Lugar de fallecimiento.

2.17. Origen del fallecimiento Común Laboral.. .

N° de Certificado de Defunción:

Fecha de Expedición:

3 Datos relativos a los beneficiarios del causante:

3.1 Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

3.2 Apellidos de nacimiento (2) Nombre del padre Nombre de la madre

3.3. Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento
Día (DD)..... Mes (MM)..... Año (AAAA).....

3.4 Sexo Nacionalidad (3)

3.5. Cédula de identidad en Uruguay: (5) No.
Tipo de documento en Colombia (C.C., CE, T.I.R.C. o NUIP) No.
(Por favor anexar fotocopia del documento)

3.6. Vínculo Civil o Parentesco con el Causante:

3.7. Fecha de matrimonio o inicio de la Unión Marital de Hecho / Unión concubinaria Día (DD) Mes (MM) Año (AAAA)

Fecha de divorcio o separación si es Unión marital de hecho / Unión concubinaria: Día (DD) Mes (MM) Año (AAAA)

Ha contraído nuevo matrimonio (7) ¹ SI ² NO.....

Fecha del nuevo matrimonio o unión marital de hecho / Unión concubinaria: Día (DD) Mes (MM) Año (AAAA).....

3.8. ¿Percebe el viudo/a alguna otra prestación? ¹ SI ² NO.....

En caso afirmativo

Tipo y número de referencia de la prestación

Institución pagadora

Fecha de efectos ... Día (DD) Mes (MM) Año (AAAA)

Importe mensual de la prestación

Número de pagas al año

3.9. Domicilio habitual (1)

3.10 Correo electrónico

3.11 Representante legal (15)

Tipo de documento en Uruguay (5) No.

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

(Por favor anexar fotocopia del documento)

INSTRUCCIONES.

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

NOTAS.

0. Aplica sólo para Uruguay
1. Para Uruguay, indicar: Calle, número, piso, apartamento, localidad, departamento, país. Para Colombia, indicar: Dirección, Municipio y Departamento.
2. Para las mujeres casadas, indicar apellido de soltera.
3. En caso de cambio de nacionalidad, indicar a continuación cuando se produjo dicho cambio.
4. Indicar según los casos: soltero/a, casado/a, viudo/a o divorciado/a, unión marital de hecho (Concubinato) / unión concubinaria registrada en Uruguay.
5. Para los nacionales colombianos residentes en Uruguay indicar cédula de identidad uruguaya.
6. Para los nacionales colombianos: Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjera (CE,) Tarjeta de Identidad (Ti.) Registro Civil o Número Único de Identificación (R.0 o NUIP), Pasaporte (P)
7. Marcar lo que proceda.
8. Marcar lo que proceda, en caso de incapacidad, adjuntar 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 reside en el exterior, no se le efectuarán 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 indicarlo y acreditar tiempos servidos en iguales condiciones en Uruguay (artículo 16 del Acuerdo). La legislación colombiana considera actividades de alto riesgo:
 - a) Trabajos en minería que impliquen prestar el servicio en socavones o en subterráneos.
 - b) 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.
 - c) Trabajos con exposición a radiaciones ionizantes.
 - d) Trabajos con exposición a sustancias comprobadamente cancerígenas.
 - e) 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.
 - f) En los Cuerpos de Bomberos, la actividad relacionada con la función específica de actuar en operaciones de extinción de incendios.
 - g) 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. En 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. Para los hijos beneficiarios con edades entre 18 y 25 años, si son ESTUDIANTES, adicionar certificados de estudios que cursa en Colombia (indicando si son semestrales o anuales).

Solo para solicitudes iniciadas en Uruguay.

Los solicitantes deben diligenciar directamente el Formato Anexo de "AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN Y GIRO DE PENSIÓN AL EXTERIOR", que faculta 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.

**ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE URUGUAY Y COLOMBIA
AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN Y GIRO DE PENSIÓN AL EXTERIOR.**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
.....		
Documento de identidad (2) CC.....CE..... P.....TI..... No.		
Correo Electrónico:		

AUTORIZO A LA ENTIDAD GESTORA EN COLOMBIA A:

Que se me notifique por medio de correo electrónico (1) SI o NO

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

Mensual (2) o Trimestralmente (2)

Se encuentra afiliado Régimen Contributivo de Salud a una Entidad Promotora de Salud (EPS) en Colombia (1) SI NO

Cual (3) _____ Cotizante _____ Beneficiario _____

Desea continuar afiliado y aportando a la Entidad Promotora de Salud (EPS) en Colombia (1) SI NO (20)

Firma del Solicitante _____ Fecha DD _____ MM _____ AAAA _____

NOTAS:

Es responsabilidad 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.

1. Marcar lo que proceda.
2. En Entiéndase como mensual cada 30 días y trimestral cada 90 días.
3. Especificar la EPS en la cual se encuentra afiliado.

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).