

No.

Distribución gratuita – Prohibida su venta

Vinculación  Actualización datos

RADICACIÓN

**ESPACIO EXCLUSIVO DE COLPENSIONES O AFP**

Nombre Completo del Funcionario de Atención    Nº de Cédula del Funcionario    Nombre del Punto, Oficina o AFP    Ciudad de Solicitud    Fecha de Solicitud  
DD MM AAAA AA AA AA

**I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Tipo de Documento de identidad		No. de Documento de identidad	
Fecha de Nacimiento <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">DD</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MM</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AAAA</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AA</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AA</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AA</span>	Fecha de Expedición <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">DD</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MM</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AAAA</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AA</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AA</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AA</span>	Sexo    M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil    Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Dirección de Residencia		Barrio/Vereda/Corregimiento	
Teléfono		Celular	
Ciudad/Municipio		Departamento	
Dirección Laboral		Barrio/Vereda/Corregimiento	
Teléfono		Celular	
Ciudad/Municipio		Departamento	
Correo Electrónico		Actividad Económica	

**II. INFORMACIÓN DEL TERCERO (Aplica únicamente para personas de apoyo)**

Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
No. de Cédula de Ciudadanía		Dirección de Residencia	
Barrio/Vereda/Corregimiento		Departamento	
Ciudad/Municipio		Teléfono	
Correo Electrónico		Celular	

**III. ASPECTOS A TENER EN CUENTA**

- Los aportes realizados al programa sólo podrán ser retirados hasta el cumplimiento del requisito de edad para ser beneficiario del BEP (Mujeres 57 años - Hombres 62 años)
- No existe la obligación de realizar aportes de forma mensual, por lo tanto no se generan moras, sanciones o retiro del programa.
- Si Usted realiza como mínimo 6 aportes en el año calendario o un total de aportes en el año que superen los 6 Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes, le será otorgado un Seguro BEPS (incentivo puntual) para el siguiente año.
- Durante la etapa de ahorro, si el vinculado fallece sus herederos podrán reclamar únicamente los aportes realizados por el vinculado más los rendimientos que estos hayan generado, sin incluir el incentivo del 20%.
- Al cumplir la edad de retiro usted podrá destinar sus recursos para las siguientes alternativas:
  - Trasladar recursos al SGP:
    - a. Si usted está afiliado al Régimen de Prima Media (RPM) para:
      - Completar las semanas de pensión requeridas por ley para acceder a una pensión de vejez, incluye aportes, rendimientos y el beneficio del 20%.
      - Aumentar el valor de la mesada pensional incluye aportes, rendimientos pero no se otorga el incentivo del 20%.
    - b. Si usted está afiliado al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS) para:
      - Incrementar el capital mínimo para obtener pensión, en este caso se incluyen los aportes, rendimientos y el incentivo del 20%.
      - Completar semanas requeridas para acceder a la garantía de pensión mínima, en este caso se incluyen aportes, rendimientos y no se otorga el incentivo del 20%.
      - Aumentar el valor del saldo de la cuenta de ahorro individual para optar por una pensión mayor.
  - Solicitar una Anualidad vitalicia: Pagos bimestrales de por vida.
  - Pagar total o parcialmente un inmueble de su propiedad: Un único pago, incluye los aportes, rendimientos y el incentivo del 20%.
  - Solicitar la devolución del valor ahorrado: Se realiza un único pago (incluye los aportes, rendimientos y no se otorga el incentivo del 20%).
- Una vez Colpensiones haya contratado la anualidad vitalicia con la compañía de seguros, en caso de fallecimiento del vinculado, la anualidad no será sustituible ni heredable.
- El monto mínimo de transacción es de \$5.000 y el monto máximo de ahorro es establecido anualmente por el Ministerio de Trabajo.
- Una persona puede estar afiliada a Sistema General de Pensiones SGP y vinculada al mecanismo BEPS de manera simultánea. Sin embargo, no se permite cotizar al SGP y aportar al mecanismo BEPS en el mismo mes.

Estas consideraciones de conformidad con lo contemplado en el Decreto 1833 de 2016 título 13, Decreto 295 de 2017 y demás normas concordantes.

**IV. AUTORIZACIONES**

- AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: Acepto y autorizo de manera expresa a COLPENSIONES para que me envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con mis trámites y/o solicitudes a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos (Incluye correo electrónico, página web y mensajes al teléfono móvil). SI   
NO
- AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El vinculado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa e irrevocable a la Administradora Colombiana de Pensiones- COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscrito 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 trámites, bienes y servicios de Colpensiones, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del vinculado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes que hacen parte del programa Beneficios Económicos Periódicos administrado por Colpensiones. SI   
NO
- AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El vinculado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la Administradora Colombiana de Pensiones- COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, Informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el vinculado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a Colpensiones, ante las autoridades u organismos pertinentes. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la Administradora Colombia de Pensiones- COLPENSIONES. SI   
NO
- Hago constar que recibí la información general sobre los Beneficios Económicos Periódicos- BEPS- y entiendo que Colpensiones como administrador del mecanismo, es quien procederá a verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley para acceder al mismo y a informarme directamente si fue aceptada o rechazada esta solicitud, así como las condiciones, reglas, beneficios, monto de los subsidios y/o incentivos y riesgos que voluntariamente asumo al ingresar a dicho mecanismo. En tal medida solicito mi vinculación.
- Certifico con mi firma que he sido informado de cada uno de los aspectos contemplados en este documento y de las características del programa de Beneficios Económicos Periódicos BEPS. Así mismo, que recibí copia del Formulario de Vinculación y Actualización de Datos BEPS y la cartilla BEPS.

**V. FIRMA**

Firma del Ciudadano Solicitante

Huella

Mayor información en: [www.beps.gov.co](http://www.beps.gov.co) ; [www.colpensiones.gov.co](http://www.colpensiones.gov.co); Contact Center a Nivel Nacional 018000410777 y 4870300 en Bogotá

cadena. 16/02/2022...39773

Código ADI - GVA - FML - 001

ORIGINAL - COLPENSIONES

**¿Por qué medio se enteró del programa de Benéficos Económicos Periódicos?**

- |                                    |                                     |                                    |   |  |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radio     | <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Eventos   | <input type="checkbox"/> Volantes           | <input type="checkbox"/> Perifoneo           |
| <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Internet   | <input type="checkbox"/> Voz a voz | <input type="checkbox"/> Campaña telefónica | <input type="checkbox"/> Mensajería de texto |

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS BEPS

Distribución gratuita – Prohibida su venta

### INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS BEPS

El formulario debe diligenciarse en letra imprenta, legible y en mayúscula, tinta negra, sin borrones, ni tachones ni enmendaduras, con la información correspondiente al ciudadano que desea vincularse al Programa de Servicio Social Complementario Beneficios Económicos Periódicos - BEPS.

#### DATOS GENERALES OBLIGATORIOS

### I. INFORMACIÓN VINCULADO

CAMPO	INFORMACIÓN REQUERIDA
Tipo de Documento de Identidad	Escriba las siguientes siglas dependiendo del tipo de documento de identidad entregado por el ciudadano: CC para cédula de ciudadanía, CE para cédula de extranjería, PEP para Permiso Especial de Permanencia, PPT para Permiso por Protección Temporal.
No. de Documento de Identidad	Escriba el número de identificación completo.
Fecha de Expedición:	Diligencie la fecha de expedición del documento de identidad
Fecha de Nacimiento:	Diligencie la fecha de nacimiento.
Estado Civil	Diligencie la casilla con una "X" indicando estado civil, soltero, casado, separado y unión libre.
Sexo	Diligencie la casilla con una "X" indicando el sexo del solicitante, (M) Masculino y (F) Femenino.
Primer Apellido:	Diligencie el primer apellido de acuerdo al documento de identidad.
Segundo Apellido:	Diligencie el segundo apellido de acuerdo al documento de identidad.
Primer Nombre:	Diligencie el primer nombre de acuerdo al documento de identidad.
Segundo Nombre:	Diligencie el segundo nombre de acuerdo al documento de identidad.
Dirección Residencia:	Diligencie la dirección de residencia en forma completa.
Barrio/Vereda	Diligencie el nombre del barrio o vereda de residencia
Teléfono:	Diligencie en esta casilla el número telefónico fijo.
Ciudad/Municipio:	Diligencie el nombre de la ciudad/municipio donde reside.
Departamento de Residencia:	Diligencie el nombre del Departamento donde reside.
Celular:	Diligencie esta casilla con el número de su celular donde puede ser localizado.
Dirección Laboral:	Diligencie la dirección donde labora en forma completa.
Barrio/Vereda	Diligencie el nombre del barrio o vereda donde labora.
Teléfono:	Diligencie en esta casilla el número telefónico donde labora.
Ciudad/Municipio:	Diligencie el nombre de la ciudad/municipio donde labora.
Departamento:	Diligencie el nombre del Departamento donde labora
Celular:	Diligencie esta casilla con el número de su celular corporativo donde puede ser localizado.
Correo electrónico:	Diligencie la dirección del correo electrónico personal.
Actividad Económica:	Diligencie la actividad económica de acuerdo a lo indicado por el ciudadano.
Documentos Solicitados:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copia del documento de identidad legible</li> <li>Certificación de la consulta en la Base de Datos Única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud para el tipo solicitante previnculado.</li> <li>Declaración juramentada de ingresos inferiores a un (1) SMMLV y certificado del Régimen de Excepción, en caso de que el tipo de solicitante sea previnculado y el ciudadano manifieste estar afiliado a un Régimen de Excepción en calidad de beneficiario.</li> </ul>

### II. INFORMACIÓN DEL TERCERO (Aplica únicamente para personas de apoyo)

Primer Apellido:	Diligencie el primer apellido del curador
Segundo Apellido:	Diligencie el segundo apellido del curador
Primer Nombre:	Diligencie el primer nombre del curador
Segundo Nombre:	Diligencie el segundo nombre del curador
Cédula de Ciudadanía	Escriba el número de identificación completo del curador
Dirección Residencia:	Diligencie la dirección de la residencia en forma completa o del lugar donde desea recibir comunicaciones
Barrio/Vereda	Diligencie el nombre del barrio de residencia
Ciudad/Municipio:	Diligencie el nombre de la ciudad/municipio donde reside el curador
Departamento de Residencia:	Diligencie el Departamento donde reside el curador
Teléfono:	Diligencie en esta casilla el número telefónico de la residencia
Correo electrónico:	Diligencie el correo electrónico personal del curador
Celular:	Diligencie en esta casilla el número celular donde pueda ser localizado
Documentos solicitados en caso de ser Curador:	Copia del registro civil de nacimiento del declarado interdicto con la respectiva nota marginal del curador Copia de la cédula ampliada al 150% del curador

### III. ASPECTOS A TENER EN CUENTA

Por favor lea detenidamente los numerales del 1 al 7, donde encontrará las condiciones, características y beneficios del Programa. Esta información es muy importante para la decisión de su vinculación.

### IV. AUTORIZACIONES

Autorización de Medios Electrónicos: Diligencie si autoriza el envío o no de correspondencia o información general a través de medios electrónicos.

### V. FIRMA

Firma del Solicitante: (CAMPO OBLIGATORIO) Diligencie este espacio con la firma del solicitante.

Huella del Solicitante: (CAMPO OBLIGATORIO) Diligencie este espacio colocando la huella del solicitante de acuerdo al documento de identidad.