



INSTRUCTIVO PARA LA POSTULACIÓN
AL PROGRAMA COLOMBIA MAYOR - SUBSIDIO ECONOMICO

PRE INSCRIPCIÓN A TRAVES DEL LINK

<https://www.pasto.gov.co/index.php/programas-sociales/10917-programa-colombia-mayor>

Antes de iniciar el proceso de solicitud de inscripción, se requiere disponer de los siguientes documentos, los cuales se deben adjuntar escaneados o en el caso de usar celular, la imagen debe ser de excelente resolución y cada archivo se debe escanear y enviar por separado.

RECUERDE QUE ÚNICAMENTE SE PODRÁN INSCRIBIR:

Mujeres mayores de 54 años y Hombres mayores de 59 años

DOCUMENTOS SOLICITADOS PARA EL PROCESO DE POSTULACIÓN

1. Cédula escaneada de ambos lados y legible, ampliada al 150 %.
2. Imagen de la ficha Sisbén escaneada, la cual debe ser inferior o igual a 43.63 puntos.
3. El certificado para la postulación al subsidio debe estar completamente diligenciado, sin ningún espacio en blanco (*ver anexo página N. 4 de este instructivo*).
4. En el caso de presentar alguna discapacidad, adjuntar el Formato para certificar la discapacidad escaneado, completamente diligenciado y firmado por el médico tratante. (*ver anexo página N. 5, 6 y 7 de este instructivo*).
5. En el caso de pertenecer a población especial (Indígena, Víctimas de conflicto y habitante de calle) **y no encontrarse registrado en Sisbén**, debe solicitar el listado censal que lo expide la Secretaria de Salud a través del siguiente correo electrónico: aseguramiento@saludpasto.gov.co, esta solicitud vía mail debe contener datos mínimos como: el número de documento, nombres y apellidos completos, fecha de nacimiento (tal como está en el documento de identidad), cabe especificar que únicamente si es población especial debe hacer esta solicitud de lo contrario no considerar este requisito.
6. En el caso de pertenecer a Población Indígena, se debe adjuntar escaneado El certificado expedido por el Gobernador del Resguardo y/o Cabildo.

OBSERVACIONES IMPORTANTES

1. Diligenciar el formato de manera clara, sin tachones ni enmendaduras, de lo contrario la solicitud será rechazado.
2. *En el caso de que el formato sea diligenciado con letra "pegada", no será posible la inscripción.*
3. Para que la postulación pueda realizarse sin ningún inconveniente los documentos solicitados deben estar completos, legibles y correctamente diligenciados.
4. Para consultar cualquier inquietud comunicarse a las siguientes líneas telefónicas: **3173919413 – 3174467443 - 3162545161**



5. LINK PARA EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN O POSTULACIÓN

El proceso de inscripción se puede realizar, teniendo en cuenta la información que se brinda a través del siguiente Link, el cual contiene el formato de postulación y un instructivo que enseña el paso a paso para realizar la inscripción:

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR LA SOLICITUD LA POSTULACIÓN

(Ver anexo página N. 3 de este instructivo)

Ciudad y Fecha:*(Ejemplo: Pasto, 18 de abril 2.020)*

Yo:*(Ejemplo: Transcribir Nombres y apellidos completos exactamente como se encuentra registrado en la cédula, no se permite abreviaturas), identificado con la cédula de ciudadanía No (Ejemplo: Transcribir el número de cédula correctamente sin tachones ni enmendaduras.), expedida en (Ejemplo: Transcribir el lugar expedición del documento de identificación) residente en el Municipio (Ejemplo: Lugar donde se realiza la solicitud de inscripción, para este caso en particular es Pasto), del Departamento (Ejemplo: Nariño) en la dirección (corregimiento, vereda) (Ejemplo: Para registrar su dirección debe tener en cuenta las nomenclaturas, que relacionamos a continuación las cuales no pueden ser modificadas de lo contrario la inscripción queda anulada, la dirección debe ser clara y correcta tal como aparece en la factura de energía o agua) teléfono (Ejemplo: El número de celular debe estar actualizado y en lo posible mantenerlo disponible para posterior ubicación)*

Manifiesto ante la autoridad municipal bajo la gravedad de juramento que: (marcar con una x solamente una de las casillas).

- No percibo ninguna pensión
- No percibo ninguna renta obtenida de alguna actividad o bien en cuantía superior a la establecida, es decir: Marque con x
 - Vivo solo y mi ingreso mensual no supera medio salario mínimo legal mensual vigente.
 - Vivo con la familia y el ingreso familiar es inferior o igual a un salario mínimo legal mensual vigente.
- No percibo ningún subsidio a la vejez en dinero otorgado por alguna entidad pública que sumado con el subsidio del Programa de Protección Social al Adulto Mayor sea superior a medio SMMLV.
- No ejerzo la mendicidad como actividad productiva.
- He residido durante los últimos diez (10) años en el territorio nacional.
- No estoy actualmente condenado por realización de actividades ilícitas

De igual manera autorizo al respectivo municipio, al Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad Pensional y al Ministerio del Trabajo para que puedan disponer para los efectos del programa Colombia Mayor de mis datos personales de conformidad con la ley 1581 de 2012. (Ley de Protección de Datos Personales), y aseguro que todos los datos suministrados son verdaderos.



Me comprometo a actualizar mis datos personales y a dar aviso oportuno al municipio cuando las condiciones antes descritas se modifiquen.

Suministro como datos de contacto adicional: (información no obligatoria)

Nombre: *(Ejemplo: Puede registrar un nombre y el primer apellido y entre paréntesis el parentesco)*

Teléfono ó Celular: *(Ejemplo: Registrar el número de teléfono fijo o celular correctamente, número diferente al del adulto mayor postulado para la inscripción)*

Correo electrónico: *(Ejemplo: Opcional)*

Dirección: (Ejemplo: Para registrar la dirección del contacto adicional tener en cuenta la nomenclatura abreviada exige el programa como se describe a continuación)

Atentamente,

(Ejemplo: La firma se debe realizar de manera obligatoria, Únicamente sí el adulto mayor no firma en el documento de identificación, debe colocar la huella del índice derecho)

C.C No:

Nota: en caso tal que la persona no sepa firmar puede registrar la huella dactilar

Ejemplo: NOMECLATURA DE DIRECCIONES Programa Colombia Mayor

| NOMBRE | ABREVIACION |
|---------------|-------------|
| CALLE | CLL |
| CARRERA | CR |
| AVENIDA | AV |
| MANZANA | MZ |
| CASA | CS |
| BLOQUE | BL |
| APARTAMENTO | APT |
| EDIFICIO | EDIF |
| DIAGONAL | DG |
| CORREGIMIENTO | CORG |
| VEREDA | VER |
| NUMERO | # |

CERTIFICACIÓN PARA POSTULACIÓN AL SUBSIDIO
PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR, HOY COLOMBIA MAYOR
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL

Ciudad y Fecha: _____

Yo: _____, identificado con la cédula de ciudadanía
No. _____, expedida en _____, residente en el Municipio
_____ del Departamento _____ en la dirección (corregimiento,
vereda) _____, teléfono
_____ manifiesto ante la autoridad municipal bajo la gravedad de juramento que:

- No percibo ninguna pensión
- No percibo ninguna renta obtenida de alguna actividad o bien en cuantía superior a la establecida, es decir: Marque con x
 - Vivo solo y mi ingreso mensual no supera medio salario mínimo legal mensual vigente.
 - Vivo con la familia y el ingreso familiar es inferior o igual a un salario mínimo legal mensual vigente.
- No percibo ningún subsidio a la vejez en dinero otorgado por alguna entidad pública que sumado con el subsidio del Programa de Protección Social al Adulto Mayor sea superior a medio SMMLV.
- No ejerzo la mendicidad como actividad productiva.
- He residido durante los últimos diez (10) años en el territorio nacional.
- No estoy actualmente condenado por realización de actividades ilícitas

De igual manera autorizo al respectivo municipio, al Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad Pensional y al Ministerio del Trabajo para que puedan disponer para los efectos del programa Colombia Mayor de mis datos personales de conformidad con la ley 1581 de 2012. (Ley de Protección de Datos Personales), y aseguro que todos los datos suministrados son verdaderos.

Me comprometo a actualizar mis datos personales y a dar aviso oportuno al municipio cuando las condiciones antes descritas se modifiquen.

Suministro como datos de contacto adicional: (información no obligatoria)

Nombre: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Atentamente,

C.C No:

Nota: en caso tal que la persona no sepa firmar puede registrar la huella dactilar



**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REPÚBLICA DE COLOMBIA**

**PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR HOY
COLOMBIA MAYOR**

FORMATO No. 1

**FORMATO PARA CERTIFICAR LA DISCAPACIDAD ÚNICAMENTE VÁLIDO
PARA EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR HOY
COLOMBIA MAYOR**

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CERTIFICADO

| | |
|----------------------------|--|
| Fecha de expedición | |
| Ciudad de expedición | |
| Departamento de expedición | |

II. INFORMACIÓN GENERAL DE QUIEN ELABORA EL CERTIFICADO

| | |
|---|--|
| Apellidos | |
| Nombres | |
| No. de Tarjeta Profesional ¹ | |

DATOS PERSONALES DEL ADULTO MAYOR

| | | | | | | |
|------------------------|-----------|------------|---------|----------|------------|------|
| Apellidos | | | | | | |
| Nombres | | | | | | |
| Documento de identidad | CC | Otro | No. | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | | Edad | | |
| Genero | Masculino | | | Femenino | | |
| Estado Civil | Soltero | Casado | Viudo | U.L. | Separado | Otro |
| Escolaridad | Primaria | Secundaria | Técnico | Univ. | Analfabeta | Otro |

FUNDAMENTOS DE LA CERTIFICACIÓN

¹ O nombre de la Universidad si se encuentra realizando el servicio social obligatorio



**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REPÚBLICA DE COLOMBIA**

**PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR HOY
COLOMBIA MAYOR**

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|--------|-------|
| | |
| Nombre | Firma |

RESPONSABLE DEL CERTIFICA

