



## INSTRUCTIVO PARA LA POSTULACIÓN AL PROGRAMA COLOMBIA MAYOR - SUBSIDIO ECONOMICO

**La Pre Inscripción, debe realizarla a través del siguiente Link**

[https://preregistrocm.pastovivedigital.gov.co/public/validacion\\_persona](https://preregistrocm.pastovivedigital.gov.co/public/validacion_persona)

Teniendo en cuenta los siguientes pasos:

**Primero:** Ingresa a WWW.PASTO.GOV.CO

**Segundo:** Haz click en la pestaña "Programas Sociales"

**Tercero:** Escoge el programa Colombia Mayor.

**Cuarto:** Haz click sobre el banner, este te llevará al formulario de preinscripción al subsidio del programa Colombia Mayor.

Recuerda descargar el instructivo y seguir el paso a paso del proceso.

Si eres mujer debes ser mayor de 54 años y si eres hombre mayor de 59 años

### **DEBERAS TENER LISTO LOS DOCUMENTOS COMPLETOS, LEGIBLES Y EN FORMATO PDF DE:**

1. Copia cédula escaneada de ambos lados y legible, ampliada al 150 %.
2. Imagen de la hoja Sisben con clasificación de A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4, B5, B6 y C1 del municipio de Pasto.
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](mailto: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.

Y listo, puedes iniciar de manera virtual, la preinscripción a subsidio del programa Colombia Mayor.

### **OBSERVACIONES IMPORTANTES**

1. Diligenciar el formato de con letra clara, sin tachones ni enmendaduras, de lo contrario la solicitud será rechazada.
2. Para que la postulación pueda realizarse sin ningún inconveniente los documentos solicitados deben estar completos, legibles y correctamente diligenciados.
3. Para consultar cualquier inquietud comunicarse a las siguientes líneas telefónicas: **3174467443 - 3162545161 – 3207253594.**



## 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 <sup>1</sup>	

**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**

---

<sup>1</sup> 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 QUE CERTIFICA**

