



PROCESO DE ADMISIBILIDAD SUSPENSIÓN DE PENSIÓN POR REINSERCIÓN LABORAL REGÍMENES CONTRIBUTIVOS

Documentos que debe aportar el gestionante:

1. Carta de solicitud (Nombre y apellidos, número de cédula, estado civil, profesión u oficio, pretensión o trámite a solicitar, el solicitante deberá indicar para cual institución prestará servicios, lugar de residencia con indicación de dirección exacta, medio de notificación correo electrónico, número de teléfono de casa de habitación o número de teléfono celular, acreditar la representación cuando no sea el interesado directo, fecha, firma).
2. Certificación de la institución o empresa para la cual va a prestar servicios que indique la fecha de inicio de labores, fecha de finalización de labores (si es por un periodo determinado), puesto y salario a devengar.
3. Consentimiento informado que autoriza a la Dirección Nacional de Pensiones solicitar a las instituciones y emitir certificaciones de los convenios

En caso de solicitud por invalidez deberá aportar:

- Epicrisis o dictamen médico, emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (llenar y firmar formulario de Solicitud de Pensión y de consentimiento informado para solicitar la pensión por Invalidez, ver documento anexo).

Si no ha sido declarado inválido debe demostrar el estado de invalidez ante la Junta Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social para lo cual se le gestionará la cita correspondiente, cuando no se presenta a la cita de valoración, tiene ocho días hábiles para justificar ante la Comisión de Invalidez al correo citas-pensiones@ccss.sa.cr antes de 8 días hábiles a partir de la fecha de la (s) cita (s) asignadas.

Si ya fue declarado inválido deberá aportar copia certificada de la declaratoria de invalidez emitida por la comisión Calificadora del Estado de la Invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Documentos que debe recabar la Dirección Nacional de Pensiones:

1. En caso de que la persona pensionada reciba pensión otorgada por motivos de invalidez y se reincorpore a laborar, la Dirección Nacional de Pensiones lo remitirá a valoración de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense de Seguro Social, a fin de que verifique si la nueva actividad laboral es diferente a aquella por la cual se declaró el estado de invalidez.



5.8 Obligatoriedad de actualizar datos: Todas las personas beneficiarias de pensión tienen la obligación de, actualizar sus datos ante la Dirección Nacional de Pensiones cada dos años, o bien, cuando se dé cualquier cambio en los datos que consten en el expediente, ya sea, número de cuenta cliente, entidad bancaria, número telefónico, cambio de domicilio, correo electrónico, cualquier cambio en el lugar o medio para recibir notificaciones."



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ACCESO A LA INFORMACIÓN ANTE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS DE LA INSTITUCION A LA
CUAL PERTENECEN, COMO TAMBIEN PARA CONSULTAR Y EMITIR CERTIFICACIONES DE
CONFORMIDAD CON EL REGLAMENTO VIGENTE SOBRE REQUISITOS DE LOS REGIMENES DE
PENSION CON CARGO LA PRESUPUESTO NACIONAL**

Fecha: _____

Yo: _____, cédula _____

En mi condición de:

- Solicitante de trámite ante la Dirección Nacional de pensiones respecto de solicitud de pensión por servicios propios o bien como solicitante por beneficio de traspaso de pensión.
- Padre o madre de _____
- Representante legal, Salvaguarda de _____

DOY CONSENTIMIENTO

NO DOY CONSENTIMIENTO

**AL DEPARTAMENTO DE GESTION DE INFORMACION DE LA DIRECCION NACIONAL DE PENSIONES
DEL MINISTERIO DE TRABAJO**

Para que solicite información relacionada con mi persona ante la unidad de recursos humanos de la institución a la cual pertenece a fin de gestionar certificaciones de ingreso y traslados interinstitucionales, certificación de los 24 últimos salarios con indicación de todos los componentes salariales, así como porcentajes y cantidades según corresponda. Igualmente autorizo el acceso a la página Web del Registro Civil y Registro Nacional, así como de aquellas instituciones con las cuales la Dirección mantiene convenios a saber CCSS, Poder Judicial; Magisterio, Contabilidad Nacional o bien cualquier ulterior convenio, en el entendido que esta información será utilizada para fines relacionados con el trámite de pensión solicitado. Lo anterior con fundamento en el artículo 5 de la Ley 8968 Protección de la Persona frente al tratamiento de sus Datos Personales, y de conformidad con el Artículo 2 Ley de Protección al ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos. Y conforme al Reglamento vigente sobre requisitos de los regímenes de pensión con cargo la Presupuesto Nacional

Firma o huella dactilar del usuario o (padre/madre/tutor/apoderado): _____



SOLICITUD DE PENSIÓN POR INVALIDEZ

Nombre Completo		Cédula No.	Sexo
Conocido (a) como:		Fecha de nacimiento:	
Domicilio: Provincia	Cantón	Distrito	
Otras señas para fácil localización:			
Teléfono Domicilio	Teléfono Trabajo	Teléfono Celular No.	Correo electrónico para notificaciones
¿Trabaja actualmente? SI () NO ()	Si está cesante indique desde que fecha		Apartado Postal
¿Se encuentra incapacitado (a)? SI () NO ()	¿Desde qué fecha?	¿Le pagan subsidios? SI () NO ()	¿En qué lugar?
¿Hizo solicitud anterior? ¿Dónde? SI () NO ()	¿Es o fue Pensionado (a)? SI () NO ()		¿De cual Régimen?
¿Ha recibido pensión o indemnización del INS? SI () NO ()	¿Ha sido en algún momento funcionario público? SI () NO ()		
Ocupación (especifique la labor que realiza actualmente para subsistir)			
Grado de escolaridad.	a. Primaria completa () b. Primaria incompleta () c. Secundaria completa () d. Secundaria incompleta () e. Técnico incompleta () f. Técnica completa () g. Universitaria Completa () h. Universidad Incompleta () i. Ninguno ()		

Favor indicar la entidad bancaria o financiera de su elección donde desea se deposite la pensión (debe estar a su nombre):

Entidad bancaria: _____

No. Cuenta Cliente o IBAN: _____

INFORMACIÓN SOBRE PADECIMIENTOS

Padecimientos	Centro de Salud en donde tiene el control del padecimiento



DOY CONSENTIMIENTO

NO DOY CONSENTIMIENTO

A LA DIRECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ DE LA GERENCIA DE PENSIONES

Para que solicite mi información médica contenida en los expedientes clínicos de los centros de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social en los que soy atendido, igualmente autorizo el acceso al Expediente Único de Salud EDUS, en el entendido que esta información médica será utilizada para fines relacionados con el trámite de pensión o de beneficio social solicitado. Lo anterior con fundamento en artículos 12 y 43 Reglamento de EDUS, artículo 5 Ley 8968 Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales y el artículo 2 Presentación única de documentos, Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos.

DOCUMENTOS Y DATOS QUE DEBE APORTAR

1. Solicitud de pensión completa.
2. Cédula de identidad. En caso de ser extranjero, documento de identificación migratorio para Extranjeros (DIMEX).
3. Si es pensionado por algún otro régimen, ya sea uno con cargo al Presupuesto Nacional (*Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*), el Magisterio Nacional o el Poder Judicial, **constancia que indique patronos y periodos tomados en cuenta para el otorgamiento de la pensión.**
4. Documento de la entidad bancaria o financiera de su elección el en cual se consigne el número de su **cuenta cliente o IBAN en colones**, la cual debe estar activa. De no aportar dicho documento, usted puede, bajo su compromiso y responsabilidad, anotar la información requerida:
5. Con el fin de documentar la enfermedad que padece:
 - Si su lesión o enfermedad ha sido atendida en el Instituto Nacional de Seguros, **Epicrisis completa actualizada emitida por ese Instituto.**

Una vez que haya finalizado con el llenado y firma del formulario de solicitud de pensión, puede enviarlo con la documentación solicitada al correo electrónico ivm-servicios@ccss.sa.cr

Nombre Funcionario, Firma y sello de Recibido

Firma o Huella Digital Solicitante



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACCESO A LA INFORMACIÓN CLÍNICA FÍSICA Y DIGITAL

Fecha: _____

Yo: _____, cédula _____

en mi condición de: Solicitante _____

Padre o madre del solicitante _____

Representante legal del solicitante _____

DOY CONSENTIMIENTO

NO DOY CONSENTIMIENTO

A LA DIRECCIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ DE LA GERENCIA DE PENSIONES

Para que solicite mi información médica contenida en los expedientes clínicos de los centros de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social en los que soy atendido, igualmente autorizo el acceso al Expediente Único de Salud EDUS, en el entendido que esta información médica será utilizada para fines relacionados con el trámite de pensión o de beneficio social solicitado. Lo anterior con fundamento en los artículos 12 y 43 del Reglamento de EDUS y artículo 5 de la Ley 8968 Protección de la Persona frente al tratamiento de sus Datos Personales.

Firma o huella dactilar del usuario o (padre/madre/tutor/apoderado): _____

¹ Ley de Protección al ciudadano del exceso de requisitos y trámites administrativos. Artículo 2. Presentación única de documentos. La información que presenta un administrado ante una entidad, órgano o funcionario de la Administración Pública, no podrá ser requerida de nuevo por estos, para ese mismo trámite u otro en esa misma entidad u órgano. De igual manera, ninguna entidad, órgano o funcionario público, podrá solicitar al administrado, información que una o varias de sus mismas oficinas emitan o posean.

Para que una entidad, órgano o funcionario de la Administración Pública pueda remitir información del administrado a otra entidad, órgano o funcionario, la primera deberá contar con el consentimiento del administrado (...)' (Resaltado no corresponde)