

---

**PROCESO DE ADMISIBILIDAD SOLICITUD ORIGINAL PENSION DE GUERRA****❖ Documentos que debe aportar el Gestionante:**

1. Carta de solicitud
2. Presentar documento de identificación, para efectos de que la Dirección obtenga el respaldo documental del mismo (cédula de identidad en caso de nacionales; DIMEX en caso de extranjeros).
3. Rendir ante funcionario de esta Dirección, Declaración Jurada acerca de la participación del solicitante, en los hechos bélicos de 1948 y 1955, indicando el nombre de tres testigos excombatientes de tales hechos.
4. Rendir ante funcionario de esta Dirección Declaración de tres testigos excombatientes de guerra que den fe de la participación del causante en los acontecimientos bélicos de 1948 y 1955.
5. En caso de que posea bienes inmuebles, Certificación de la Municipalidad respectiva que indique número de la propiedad, si está exonerada del impuesto territorial, en caso contrario suministrar valor o imponible declarado, esto, si la descripción literal se menciona que la propiedad sea patrimonio familiar, que está afectada por las Leyes 7208 ó 7529, o que sea un usufructo.
6. *Certificación de número de cuenta con formato IBAN emitida por la entidad financiera que recibirá el depósito de la pensión (Es responsabilidad del pensionado tener la cuenta activa).*
7. 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:**

- Epicrisis o dictamen médico, llenar y firmar formulario de Solicitud de Pensión y de consentimiento informado para solicitar la pensión por Invalidez, (ver documento anexo), en el Núcleo de Servicios de la Información.  
**(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](mailto: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. Cuenta Cедular expedida por el Registro Civil
2. Certificaciones que indiquen si es o no pensionado de la Caja Costarricense de Seguro Social:
  - a. Certificaciones que indiquen si es o no pensionado del Magisterio Nacional
  - b. Certificaciones que indiquen si es o no pensionado del Poder Judicial
  - c. Certificación que indique cuotas, montos y patronos tomados en cuenta para el otorgamiento de pensión, monto de pensión inicial y actual y rige del beneficio (sólo en caso de ser pensionado por la CCSS, Magisterio Nacional o Poder Judicial).
3. Estudio Registral de bienes del (a) solicitante y su cónyuge (Registro de la Propiedad). En caso de que posea bienes inmuebles: Estudio Registral de bienes de la descripción literal de bienes, tanto del solicitante como del (de la) cónyuge si tuviese.

**En caso de solicitud por invalidez:**

- Copia certificada de la declaratoria de invalidez (si ya fue declarado inválido por la Caja Costarricense de Seguro Social)

***Se le informa al gestionante, que conforme al artículo 11 del decreto N° 40382-MTSS la presentación incompleta de la documentación, retrasaría la resolución de su solicitud por cuanto el conocimiento de la solicitud da inicio hasta que la documentación se encuentre completa.***

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
ACCESO A LA INFORMACIÓN ANTE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS DE LA INSTITUCIÓN A  
LA CUAL PERTENECE, COMO TAMBIÉN PARA CONSULTAR Y EMITIR CERTIFICACIONES DE  
CONFORMIDAD CON EL REGLAMENTO VIGENTE SOBRE REQUISITOS DE LOS REGÍMENES 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 GESTIÓN DE INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN 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:	
<b>Domicilio:</b> Provincia	Cantón	Distrito	
Otras señas para fácil localización:			
Teléfono Domicilio	Teléfono Trabajo	Teléfono Celular No.	<b>Correo electrónico para notificaciones</b>
¿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 ( )		
<b>Ocupación</b> (especifique la labor que realiza actualmente para subsistir)			
<b>Grado de escolaridad.</b>	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 ( )
Nombre completo causante:		Cédula No.	Parentesco

### INFORMACIÓN SOBRE PADECIMIENTOS

PADECIMIENTOS	CENTRO DE SALUD, EBAIS U HOSPITAL donde tiene control del padecimiento o fue atendido	FECHA EXACTA O AÑO DE LA ÚLTIMA VEZ QUE FUE ATENDIDO. (EN ESE HOSPITAL, EBAIS, CLÍNICA).

---

## **MARCAR CON UNA X**

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**

**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. 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 [recepcion.dnp@mtss.go.cr](mailto:recepcion.dnp@mtss.go.cr)

\_\_\_\_\_  
Nombre Funcionario, Firma y sello de Recibido

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella Digital Solicitante

### **SE LE ADVIERTE AL GESTIONANTE**

**De no presentarse en la fecha y hora señalada por la Comisión Calificadora para la valoración respectiva, deberá presentar documento idóneo que justifique su ausencia, al correo [citas-pensiones@ccss.sa.cr](mailto:citas-pensiones@ccss.sa.cr) antes de 8 días hábiles a partir de la fecha de la (s) cita (s) asignada (s).**