

## DECLARACIÓN DE NO PENSIÓN

Señores  
**COLPENSIONES**  
Ciudad

**Asunto: Certificación de No Pensión**

Yo Sara Valentina Sarmiento Blanco  
identificado con documento C.C. C.E. Número: TI 1034782574 de Soacha  
manifiesto que recibo pensión SI  NO  de jubilación vejez invalidez sobreviviente  otra  
de la Entidad administradora, Caja o Fondo ó Entidad Pública, Cuál? Colmena seguros

Por lo tanto, bajo la gravedad de juramento informo que no me encuentro gozando de pensión alguna que sea incompatible con la prestación solicitada en COLPENSIONES, ni adelantando trámite de reconocimiento en otra entidad pública o privada.

De igual forma manifiesto que conozco las implicaciones legales de falsa declaración y exonero de cualquier responsabilidad a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES por los efectos que llegare a generar el reconocimiento de la prestación solicitada.

Atentamente:

Laura Alejandra Blanco 1052379247  
FIRMA DEL SOLICITANTE No. DE DOCUMENTO

“ Ven por tu  
FUTURO ”





# FORMATO INFORMACIÓN EPS



## I. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de documento CC CE F TI X RC P CD	Primer apellido <b>Sarmiento</b>	Segundo apellido <b>Blanco</b>
Número de documento <b>1034782574</b>	Primer nombre <b>Sara</b>	Segundo nombre <b>Valentina</b>

## II. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN O AFILIACIÓN

Marque con una **X** la opción correspondiente al régimen al cual se encuentra vinculado

Opción 1 <input checked="" type="checkbox"/> RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	Si marcó la opción 1, Conteste los puntos 1 - 2.	Opción 2 <input type="checkbox"/> RÉGIMEN SUBSIDIADO	Si marcó la opción 2, Conteste los puntos 1 - 3.
Opción 3 <input type="checkbox"/> RÉGIMEN EXCEPTUADO	Si marcó la opción 3, Conteste los puntos 2 - 4.	Opción 4 <input type="checkbox"/> AFILIADO A UNIVERSIDADES	Si marcó la opción 4, Conteste los puntos 2 - 5.
Opción 5 <input type="checkbox"/> OTROS	Si marcó la opción 5, Conteste el punto 6.	Opción 6 <input type="checkbox"/> COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	Si marcó la opción 6 adjunte Certificado de residencia expedida por el Consúl y firme este Formato en la parte inferior.

1. A cuál EPS se encuentra actualmente vinculado  
**Nueva EPS**

2. En calidad de que se encuentra vinculado a esta EPS o Régimen de Excepción

3. A que EPS va a realizar afiliación, una vez sea reconocida la prestación e incluida en nómina de pensionados COTIZANTE  BENEFICIARIO

4. A qué Régimen de Excepción pertenece

Policía Nacional	Magisterio	5. En qué Universidad se encuentra afiliado		
Fuerzas Militares	Ecopetrol	Unisalud	UniValle	UniNariño
		Capruis	UniCartagena	UniAtlántico
				UniCauca
				UniAntioquia

6. Sus servicios de Salud son prestados por una dependencia adaptada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLÍN o FONDO PASIVOS DE FERROCARRILES) en Calidad de COTIZANTE?  SI (Si marco SI diligencie el punto 1)  NO (Si marco NO diligencie el punto 3)

SI USTED ES SOLICITANTE DE UNA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR EL RIESGO DE MUERTE EN CALIDAD DE CÓNYUGE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE MENOR DE 30 AÑOS DE EDAD Y NO PROCREO HIJOS CON EL CAUSANTE FALLECIDO, POR FAVOR INDIQUE A QUE ADMINISTRADORA O FONDO DE PENSIONES (AFP) DESEA AFILIARSE O A CUAL SE ENCUENTRA AFILIADO Y DESEA SE CONTINÚEN EFECTUANDO LOS DESCUENTOS (Previo cumplimiento de requisitos):

## III. OBSERVACIONES

**OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:**  
Me comprometo a que, una vez se me notifique de la resolución a través de la cual se me concede e ingrese la prestación a nómina, modificaré dentro de los (5) días siguientes el estatus de mi afiliación en la EPS donde me encuentro afiliado, en calidad de cotizante pensionado, so pena de que se dé el orden de no pago temporal de mi pensión hasta tanto subsane la inconsistencia presentada.

**OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN SUBSIDIADO:**  
Me comprometo a que, una vez se me notifique de la resolución a través de la cual se me concede e ingrese la prestación a nómina, efectuaré dentro de los cinco (5) días siguientes, la afiliación en calidad de cotizante pensionado en la EPS de mi elección, so pena de aplicación de lo establecido en el Decreto 4248 de 2007.

**OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN:**  
Cotizante: Una vez reconocida la pensión e ingresada en la nómina, los aportes en salud serán girados a favor del Fosyga, en cumplimiento a lo establecido en el decreto 1703 de 2002 Art. 14. Beneficiario: Si se encuentra afiliado (a) en cualquier Régimen de excepción (Policía Nacional, fuerzas Militares, Magisterio o Ecopetrol), este emitirá documento en el cual certificará que conocida la condición de pensionado, le continuará prestando los servicios de salud, por lo que los aportes en salud se deberán ingresar al Fosyga, en caso contrario deberá manifestar a que EPS se va a afiliarse.

**OBSERVACIÓN PARA AFILIADOS A UNIVERSIDADES:**  
Deberá anexar constancia de afiliación donde se registre la fecha de afiliación a la Universidad, a fin de establecer si existe o no derecho de continuar afiliado, en cumplimiento a lo establecido en el decreto 4248 de 2007, de no cumplir con lo establecido en la Norma deberá manifestar a que EPS se va a afiliarse.

\*Es importante que tenga en cuenta que si su información es inconsistente puede afectarlo en la prestación de los servicios de salud por parte de su EPS, razón por la cual verifique su estado de permanencia y vinculación a la misma.

**ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EXCLUSIVAMENTE POR EL CAUSANTE DE LA PRESTACION SOLICITADA**

↑

**Naira Alejandra Blanco**  
FIRMA DEL SOLICITANTE

↓

**1052379247**  
No. DE DOCUMENTO



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.034.779.826  
SARMIENTO BLANCO

APELLIDOS  
KEVIN ESTEBAN

NOMBRES

Kevin Esteban Sarmiento  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-AGO-2006

BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

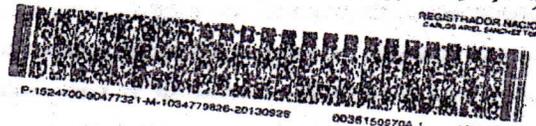
12-AGO-2024  
FECHA DE VENCIMIENTO

O- M.  
G S RH SEAO

13-SEP-2013 SOACHA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1024700-00477321-M-1034779826-20130928

0038150570A 1700542758



REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1034779026

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41271636

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría  Notaría  Número 67 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código 069

Dep. - Departamento: Cundinamarca - Corregimiento de Inspección de Policía: BOGOTÁ, CUNDINAMARCA, BOGOTÁ D.C.

**Datos del inscrito**

Nombre(s) SARMIENTO BLANCO

Fecha de inscripción: Año 2006 Mes A G O Día 12 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo Factor RH NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento de Inspección de Policía): COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTÁ D.C.

**Vista de documento antecedente o Declaración de padres**

CERTIFICADO NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo A 7368050

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos BLANCO RUIZ MAIRA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 1.052.379.247 DE DUITAMA (BOY)

Nacionalidad COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos SARMIENTO ORJUELA EDWIN HERNAN

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 30.427.470 DE MADRID (CUND)

Nacionalidad COLOMBIANA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos SARMIENTO ORJUELA EDWIN HERNAN

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 30.427.470 DE MADRID (CUND)

Firma FIRMADO CON HUELLA

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

**Fecha de inscripción**

Año 2006 Mes MAY Día 08

**Nombre y firma del funcionario que declara**

CARLA PATRICIA OSPINA RIVERA

**Reconocimiento paterno**

Nombre y firma del funcionario que declara EDWIN HERNAN SARMIENTO ORJUELA

Nombre y firma del funcionario que declara CARLA PATRICIA OSPINA RIVERA

**ESPACIO PARA NOTAS**

ESTE FOLIO REEMPLAZA EL QUE OBRÓ EN EL INDICATIVO SERIAL N. 40254512 DE AGOSTO 14 DE 2006 POR ERROR INVOLUNTARIO DE LA NOTARIA ACORDE CON EL ART 91 DECRETO 1260 DE 1970 MODIFICADO EN EL ART 4 DECRETO 099 DE 1993 - MAYO 08 DE 2003 LA NOTARIA.

*Carla Patricia Ospina Riverá*

CIRCULO DE BOGOTÁ  
NOTARIA  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Vertical stamp on the right edge of the document.

RADICACIÓN

**I. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DE DERECHO**

Tipo de documento CC CE F T X RC P CD	Primer apellido <b>Sarmiento</b>	Segundo apellido <b>Bianco</b>
Número de documento <b>1034779826</b>	Primer nombre <b>Kevin</b>	Segundo nombre <b>Esteban</b>

**II. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN O AFILIACIÓN**

Marque con una X la opción correspondiente al régimen al cual se encuentra vinculado

Opción 1 <input checked="" type="checkbox"/> <b>RÉGIMEN CONTRIBUTIVO</b>	Si marcó la opción 1, Conteste los puntos 1 - 2.	Opción 2 <input type="checkbox"/> <b>RÉGIMEN SUBSIDIADO</b>	Si marcó la opción 2, Conteste los puntos 1 - 3.
Opción 3 <input type="checkbox"/> <b>RÉGIMEN EXCEPTUADO</b>	Si marcó la opción 3, Conteste los puntos 2 - 4.	Opción 4 <input type="checkbox"/> <b>AFILIADO A UNIVERSIDADES</b>	Si marcó la opción 4, Conteste los puntos 2 - 5.
Opción 5 <input type="checkbox"/> <b>DTROS</b>	Si marcó la opción 5, Conteste el punto 6.	Opción 6 <input type="checkbox"/> <b>COLOMBIANO EN EL EXTERIOR</b>	Si marcó la opción 6 adjunte Certificado de residencia expedida por el Consuj y firme este Formato en la parte inferior.

1. A cuál EPS se encuentra actualmente vinculado  
**Nueva E.P.S**

2. En calidad de que se encuentra vinculado a esta EPS o Régimen de Excepción

3. A que EPS va a realizar afiliación una vez sea reconocida la prestación e incluida en nómina de pensionados

COTIZANTE  BENEFICIARIO

4. A qué Régimen de Excepción pertenece

Policia Nacional	Magisterio	5. En qué Universidad se encuentra afiliado			
Fuerzas Militares	Ecopetrol	Unisalud	UniValle	UniNariño	UniCauca
		Capruis	UniCartagena	UniAtlántico	UniAntioquia

6. Sus servicios de Salud son prestados por una dependencia adaptada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN o FONDO PASIVOS DE FERROCARRILES) en Calidad de COTIZANTE?

SI  (Si marco SI diligencie el punto 1) NO  (Si marco NO diligencie el punto 3)

SI USTED ES SOLICITANTE DE UNA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR EL RIESGO DE MUERTE EN CALIDAD DE CÓNYUGE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE MENOR DE 30 AÑOS DE EDAD Y NO PROCREAR HIJOS CON EL CAUSANTE FALLECIDO, POR FAVOR INDIQUE A QUE ADMINISTRADORA O FONDO DE PENSIONES (AFP) DESEA AFILIARSE O A CUAL SE ENCUENTRA AFILIADO Y DESEA SE CONTINÚEN EFECTUANDO LOS DESCUENTOS (Previo cumplimiento de requisitos):

**III. OBSERVACIONES**

**OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:**  
Me comprometo a que, una vez se me notifique de la resolución a través de la cual se me concede e ingrese la prestación a nómina, modificaré dentro de los (5) días siguientes el estatus de mi afiliación en la EPS donde me encuentro afiliado, en calidad de cotizante pensionado, so pena de que se dé el orden de no pago temporal de mi pensión hasta tanto subsane la inconsistencia presentada.

**OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN SUBSIDIADO:**  
Me comprometo a que, una vez se me notifique de la resolución a través de la cual se me concede e ingrese la prestación a nómina, efectuaré dentro de los cinco (5) días siguientes, la afiliación en calidad de cotizante pensionado en la EPS de mi elección, so pena de aplicación de lo establecido en el Decreto 4248 de 2007.

**OBSERVACIÓN PARA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN:**  
Cotizante: Una vez reconocida la pensión e ingresada en la nómina, los aportes en salud serán girados a favor del Fosyga, en cumplimiento a lo establecido en el decreto 1703 de 2002 Art. 14. Beneficiario: Si se encuentra afiliado (a) en cualquier Régimen de excepción (Policia Nacional, fuerzas Militares, Magisterio o Ecopetrol), este emitirá documento en el cual certificará que conocida la condición de pensionado, le continuará prestando los servicios de salud, por lo que los aportes en salud se deberán ingresar al Fosyga, en caso contrario deberá manifestar a que EPS se va a afiliar.

**OBSERVACIÓN PARA AFILIADOS A UNIVERSIDADES:**  
Deberá anexar constancia de afiliación donde se registre la fecha de afiliación a la Universidad, a fin de establecer si existe o no derecho de continuar afiliado, en cumplimiento a lo establecido en el decreto 4248 de 2007, de no cumplir con lo establecido en la Norma deberá manifestar a que EPS se va a afiliar.

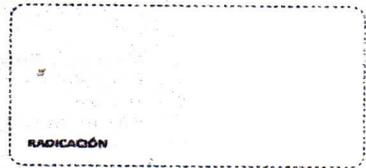
\*Es importante que tenga en cuenta que si su información es inconsistente puede afectarlo en la prestación de los servicios de salud por parte de su EPS, razón por la cual verifique su estado de permanencia y vinculación a la misma.

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EXCLUSIVAMENTE POR EL CAUSANTE DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA

<b>Maira Alejandra Blanco</b>	<b>1052379247</b>
FIRMA DEL SOLICITANTE	Nº. DE DOCUMENTO

"Ven por tu FUTURO"





# DECLARACIÓN DE NO PENSIÓN

Señores  
**COLPENSIONES**  
Ciudad

**Asunto: Certificación de No Pensión**

Yo Kevin Esteban Sarmiento Blanco  
identificado con documento C.C.  C.E.  Número: TI 1034779826 de Soacha  
manifiesto que recibo pensión SI  NO  de jubilación  vejez  invalidez  sobreviviente  otra  
de la Entidad administradora, Caja o Fondo ó Entidad Pública, Cuál? Colmena Seguros

Por lo tanto, bajo la gravedad de juramento informo que no me encuentro gozando de pensión alguna que sea incompatible con la prestación solicitada en COLPENSIONES, ni adelantando trámite de reconocimiento en otra entidad pública o privada.

De igual forma manifiesto que conozco las implicaciones legales de falsa declaración y exonero de cualquier responsabilidad a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES por los efectos que llegare a generar el reconocimiento de la prestación solicitada.

Atentamente:

Maira Alejandra Blanco 1052379247  
FIRMA DEL SOLICITANTE No. DE DOCUMENTO

“ Ven por tu FUTURO ”



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

NÚMERO **1.034.782.574**  
**SARMIENTO BLANCO**  
 APELLIDOS  
**SARA VALENTINA**  
 NOMBRES  
 Sara Sarmiento  
 FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-SEP-2009**  
**BOGOTÁ D.C.**  
 (CUNDINAMARCA)  
 LUGAR DE NACIMIENTO **16-SEP-2027** **AB+** **F**  
 FECHA DE VENCIMIENTO **23-SEP-2016 SOACHA** G S RH SEXO  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN **VIW** **QW**  
 REGISTRO NACIONAL  
ALTA CANTIDAD DE DATOS

INDICE DERECHO



P-1524700-00552266-F-1034782574-20160925 Q051504013A 1 1704113772



REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1034782574

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41872990

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  X Número 43 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código 02

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía  
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido SARMIENTO Segundo Apellido BLANCO

Nombre(s) SARA VALENTINA

Fecha de nacimiento Año 2009 Mes SEP Día 16 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguíneo AB Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)  
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente a Declaración de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 52199055-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos BLANCO RUIZ MAIRA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número) CC 1052379247 DE DUITAMA

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos SARMIENTO ORJUELA EDWIN HERNAN

Documento de identificación (Clase y número) CC 80427470 DE MADRID (CUND.)

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos SARMIENTO ORJUELA EDWIN HERNAN

Documento de identificación (Clase y número) CC 80427470 DE MADRID (CUND.)

Firma *[Firma manuscrita]*

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción Año 2009 Mes SEP Día 22

Nombre y firma del funcionario que autoriza PABLO MENDEZ BARAJAS

Reconocimiento paterno V. 82 F. 016

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento PABLO MENDEZ BARAJAS

ESPACIO PARA NOTAS

SARMIENTO EDWIN SI VALE

41872990

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

BOGOTA D.C , 15 DE SEPTIEMBRE DE 2022.

**SEÑORES**

**JUZGADO 21 ADMINISTRATIVO**

**CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTA SECCION SEGUNDA.**

**CIUDAD.**

YO , MAIRA ALEJANDRA BLANCIO RUIZ , identificada con C.C : 1.052.379.247 del municipio de Duitama -Boyacá , y quien represento a los menores de edad KEVIN ESTEBAN SARMIENTO BLANCO y SARA VALENTINA SARMIENTO BLANCO ,por medio de la presente para manifestar lo siguiente :

-Inicialmente expuse toda la documentación requerida en defensa mía y de mis hijos menores de edad anteriormente mencionados , para la defensa de la demanda que la Administradora Colombiana de Pensiones (COLPENSIONES) me interpuso por hacernos acreedores a la pensión de sobrevivientes de mi compañero permanente que en vida se llamo EDWIN HERNAN SARMIENTO ORJUELA identificado con C.C : 80.427.470 de MADRID-CUNDINAMARCA quien falleció en un accidente laboral ocasionado el 22 de junio de 2019 y que la ARL COLMENA SEGUROS cumplió con su debido proceso y se nos otorgo la pensión de sobrevivientes.

-Por otro lado yo personalmente inicie el debido proceso con COLPENSIONES para reclamar los aportes que hizo mi compañero permanente en vida anteriormente mencionado y COLPENSIONES nos otorgo la pensión de sobrevivientes a lo cual yo no tenía conocimiento de que NO se me debía otorgar o hacerme acreedora.

En consecuencia, COLPENSIONES me exige una resolución de la ARL COLMENA lo cual solo se me expide una CERTIFICACION la cual radico el 5 OCTUBRE de 2020 .

Yo nunca les negué y siempre les hice saber a COLPENSIONES que mis hijos y yo ya éramos acreedores de la pensión de sobrevivientes otorgada por parte de la ARL COLMENA.

Yo me entere de esta situación en el mes de julio del año 2021 , mas sin embargo yo solicite formalmente la revocatoria de la pensión otorgada por COLPENSIONES y ellos hicieron caso omiso , luego se me hizo saber que la demanda entablada en mi contra ya estaba radicada en el juzgado anteriormente citado en la cabecera de la presente .

Me dirigí directamente a la oficina de COLPENSIONES sede Soacha-Cundinamarca , para solicitar el cambio de correo electrónico ya que nunca se me ha notificado o ha hecho saber de cualquier trámite hecho por COLPENSIONES siendo que el correo que registran ellos (COLPENSIONES) no corresponde a mi correo personal. También solicite formalmente el expediente o historial de los documentos que personalmente ya había radicado para que se me fueran entregados y la transportadora me los hizo llegar después de 6 meses alegando que no encontraban mi dirección de la residencia en la cual habitamos actualmente.

Pido formalmente se reinicie el proceso ya que jamás se me hizo saber de las audiencias que se llevarían a cabo por parte de COLPENSIONES.

***-"ANEXO COPIAS DE LOS DOCUMENTOS QUE HE RADICADO DONDE CONSTA DE FECHAS Y CORREOS Y QUE POR OTRO LADO NO OBRE DE MALA FE Y QUE SIEMPRE FUE CON LA VERDAD POR DELANTE".***

AGRDEZCO DE ANTEMANO LA ATENCION PRESTADA Y ESTOY ATENTA Y PRESTA A CUALQUIER NOTIFICACION .

ATENTAMENTE: *Maira A Blanco*

MAIRA ALEJANDRA BLANCO RUIZ.

C.C : 1.052.379.247 DUITAMA-BOYACA.

CELULAR : 313-2329114.

CORREO : [mairaalejandrablancoruiz@gmail.com](mailto:mairaalejandrablancoruiz@gmail.com)

**I. PRODUCTO**      **II. TIPO DE SOLICITUD :**

RPM  BEPS       Petición       Queja       Reclamo       Sugerencia       Felicitación       Denuncia

**III. DATOS GENERALES DEL CAUSANTE O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO (VINCULADO, AFILIADO, PENSIONADO O CIUDADANO INTERESADO).**

Tipo de documento: CC  CD  TI  CE  PA       Número de documento: 80427470      Sexo: M  F       Nacionalidad: Colombiano

Primer apellido: Sarmiento      Segundo apellido: Orjuela  
Primer nombre: Edwin      Segundo nombre: Hernan

Dirección Residencia: Cll 3 C Numero 5-66 Manzana D casa 45 Lagos de Malibu 4Eta  
Barrio/Vereda/Corregimiento: Quintas de laguna      Ciudad / Municipio: Soacha      Departamento: Cundinamarca

Teléfono:      Celular: 3132329114      Fax:      Correo electrónico: Kathe27053@hotmail.com

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensajes móvil).      Si  No

**IV. DATOS DEL SOLICITANTE (FAMILIAR DEL CIUDADANO FALLECIDO, TERCERO AUTORIZADO, APODERADO, CURADOR, ALIADO, EMPRESA PÚBLICA O PRIVADA).**

Familiar del Ciudadano Fallecido  Tercero Autorizado       Empresa Pública  Privada       Tipo de documento: CC  CE  TI  NIT  CD  PA       Número de documento: 1052379247

Aliado  Apoderado  Curador

Razón Social (Diligencie este campo si seleccionó EMPRESA):

Primer apellido: Blanco      Segundo apellido: Ruiz  
Primer nombre: Maira      Segundo nombre: Alejandra

Cargo: Operaria      Sucursal:      Dirección de Correspondencia: Cll 3 C Numero 56642 D casa 45  
Barrio/Vereda/Corregimiento: Quintas de laguna      Ciudad / Municipio: Soacha      Departamento: Cundinamarca

Teléfono:      Celular: 3132329114      Fax:      Correo electrónico: Kathe27053@hotmail.com

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensajes móvil).      Si  No

**V. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD.**

Solicito copia del Expediente Administrativo del 1.5.5 y Ante Colpensiones Adicional los documentos entregados por mi para el trámite de pensión de sobrevivientes o Devolución de Aportes Muchas Gracias

**VI. ANEXOS**

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscritos 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 los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES.

2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para 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 afiliado / ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes.

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

Maira A Blanco      1052379247  
FIRMA DEL CIUDADANO / SOLICITANTE      No. DE DOCUMENTO      Quitama

" Ven por tu FUTURO " 



# FORMULARIO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

COLPENSIONES  
2019\_12843493  
23/09/2019 09:07:05 PM  
SOACHA  
BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ, D.C.  
PQRS  
IMAGENES:5  
0201912843493F TD

**I. PRODUCTO**      **II. TIPO DE SOLICITUD**

RPM  BEPS       Petición       Queja       Reclamo       Sugerencia       Felicitación       Denuncia

**III. DATOS GENERALES DEL CAUSANTE O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO (VINCULADO, AFILIADO, PENSIONADO O CIUDADANO INTERESADO)**

Tipo de documento: CCX  CD  TI  CE  PA       Número de documento: 80427470      Sexo: M  X  F       Nacionalidad: Colombiano

Primer apellido: Sarmiento      Segundo apellido: Orjuela  
Primer nombre: Edwin      Segundo nombre: Hernan

Dirección Residencia: c113cn566NzDcasa945 Lagos de Malibu 4 Etapa      Departamento: Cundinamarca  
Barrio/Vereda/Corregimiento: Quintas de la laguna      Ciudad/Municipio: Soacha

Teléfono: 3132329114      Celular: 3132329114      Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: lauravanessabuitragoruiz@gmail.com

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensajes móvil).      Si  No

**IV. DATOS DEL SOLICITANTE (FAMILIAR DEL CIUDADANO FALLECIDO, TERCERO AUTORIZADO, APODERADO, CURADOR, ALIADO, EMPRESA PÚBLICA O PRIVADA)**

Familiar del Ciudadano Fallecido:  Aliado  Apoderado  Curador  Tercero Autorizado  Empresa Pública  Privada

Tipo de documento: CC  CE  TI  NIT  CD  PA       Número de documento: 7052379247

Razón Social (Diligencie este campo si seleccionó EMPRESA): \_\_\_\_\_

Primer apellido: Blanco      Segundo apellido: Ruiz  
Primer nombre: Haira      Segundo nombre: Alejandra

Cargo: Operaria      Sucursal: \_\_\_\_\_      Dirección de Correspondencia: c113cn566NzDcasa945 Lagos de Malibu      Departamento: Cundinamarca  
Barrio/Vereda/Corregimiento: Quintas de la laguna      Ciudad/Municipio: Soacha

Teléfono: 3132329114      Celular: 3132329114      Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: lauravanessabuitragoruiz@gmail.com

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensajes móvil).      Si  No

**V. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD:**

Para solicitar copia del formulario de Afiliación de mi Esposo Edwin Sarmiento

**VI. ANEXOS**

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscritos 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 los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieren a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES.

2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para 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 afiliado / ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

Haira A Blanco  
FIRMA DEL CIUDADANO / SOLICITANTE

1052379 247  
No. DE DOCUMENTO



VIOLADO IMPRIMIR O FOTOCOPIAR

Colpensiones S.A.

**I. PRODUCTO**      **II. TIPO DE SOLICITUD**

RPM  BEPS       Petición       Queja       Reclamo       Sugerencia       Felicitación       Denuncia

**III. DATOS GENERALES DEL CAUSANTE O TITULAR DEL DERECHO (VINCULADO, AFILIADO, PENSIONADO O CIUDADANO INTERESADO)**

Tipo de documento: CC  CD  TI  CE  PA       Número de documento: 80427470      Sexo: M  F       Nacionalidad: Colombiano

Primer apellido: Sarmiento      Segundo apellido: Orjuela  
Primer nombre: Edwin      Segundo nombre: Hernan

Dirección Residencia: Cll 3c No 566 H20 casa 45 Lagos de Malibu 4 Etapa  
Barrio/Vereda/Corregimiento: Quintas la laguna      Ciudad/Municipio: Soacha      Departamento: Cundinamarca

Teléfono: 3132329114      Celular:      Fax:      Correo electrónico:     

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensajes móvil).      Si  No

**IV. DATOS DEL SOLICITANTE (FAMILIAR DEL CIUDADANO FALLECIDO, TERCERO AUTORIZADO, APODERADO, CURADOR, ALIADO, EMPRESA PÚBLICA O PRIVADA)**

Familiar del Ciudadano Fallecido  Tercero Autorizado       Empresa Pública  Privada       Tipo de documento: CC  CE  TI  NIT  CD  PA       Número de documento: 1052379247

Aliado  Apoderado  Curador       Razón Social (Diligencie este campo si seleccionó EMPRESA):

Primer apellido: Blanco      Segundo apellido: Ruiz  
Primer nombre: Maira      Segundo nombre: Alejandra

Cargo: Operaria      Sucursal:      Dirección de Correspondencia: Cll 3c No 566 H20 casa 45 Lagos de Malibu

Barrio/Vereda/Corregimiento: Quintas la laguna      Ciudad/Municipio: Soacha      Departamento: Cundinamarca

Teléfono: 3132329114      Celular: 3132329114      Fax:      Correo electrónico: mairaalejandrablancoruiz@gmail.com

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensajes móvil).      Si  No

**V. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD:**

Solicito de manera muy Respetuosa a Colpension El Expediente de mi compañero permanente Edwin Hernan Sarmiento Orjuela ya que el Fallecio y lo necesito para unas vueltas es la tercera vez con esta que lo solicito pido tambien llegue de manera Fisica a la oficina del centro comercial Plaza Soacha ya que la Empresa que hace los Envios Nunca Encuentra mi Direccion Gracias

**VI. ANEXOS**

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

**1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN.** El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscritos 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 los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES.

**2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN.** El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para 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 afiliado / ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

FIRMA DEL CIUDADANO / SOLICITANTE: Maira A Blanco      No. DE DOCUMENTO: 1052379247

"Ven por tu FUTURO"  

# FORMULARIO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

COLPENSIONES - 2022\_3069422  
08/03/2022 04:09:18 PM  
SOACHA  
BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ, D.C.  
PQRS  
IMAGENES:2



CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN  
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

**I. PRODUCTO** RPM  BEPS  **II. TIPO DE SOLICITUD** Petición  Queja  Reclamo  Sugerencia  Felicitación  Denuncia

**III. DATOS GENERALES DEL CAUSANTE O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO (VINCULADO, AFILIADO, PENSIONADO O CIUDADANO INTERESADO)**

Tipo de documento: CC  CD  TI  CE  PA  Número de documento: 80427470 Sexo: M  F  Nacionalidad: Colombiano

Primer apellido: Garmiento Segundo apellido: Orjuela  
Primer nombre: Edwin Segundo nombre: Hernan

Dirección Residencia: C113cNu5-66HzDcasa945 Lagos de Malibu 4 Etapa  
Barrio/Vereda/Corregimiento: Lagos de Malibu Ciudad/Municipio: Soacha Departamento: Cundinamarca  
Teléfono: Celular: Fax:

Correo electrónico: maíraalejandrablancoruiz@gmail.com

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensajes móvil). Si  No

**IV. DATOS DEL SOLICITANTE (FAMILIAR DEL CIUDADANO FALLECIDO, TERCERO AUTORIZADO, APODERADO, CURADOR, ALIADO, EMPRESA PÚBLICA O PRIVADA)**

Familiar del Ciudadano Fallecido  Tercero Autorizado  Empresa Pública  Privada  Tipo de documento: CC  CE  TI  NIT  CD  PA  Número de documento: 1052379247

Aliado  Apoderado  Curador

Razón Social (Diligencie este campo si seleccionó EMPRESA)

Primer apellido: Blanco Segundo apellido: Ruiz  
Primer nombre: Maira Segundo nombre: Alejandra

Cargo: Operaria Sucursal: Dirección de Correspondencia: C113cNu5-66HzDcasa945 Lagos de Malibu  
Barrio/Vereda/Corregimiento: Lagos de Malibu 4 Etapa Ciudad/Municipio: Soacha Departamento: Cundinamarca  
Teléfono: Celular: 3132329114 Fax:

Correo electrónico: maíraalejandrablancoruiz@gmail.com

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web, mensajes móvil). Si  No

**V. DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD.**

Copia Expediente

**VI. ANEXOS**

- 
- 
- 

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscritos 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 los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES.

2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para 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 afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

FIRMA DEL CIUDADANO / SOLICITANTE: Maira A Blanco No. DE DOCUMENTO: 1052379247

"Ven por tu FUTURO"



cadena s.a.



COLPENSIONES - 2020\_9978159  
 05/10/2020 08:52:09 AM  
 SOACHA  
 BOGOTÁ C.C. - BOGOTÁ, D.C.  
 REC. DOC. ADICIONALES  
 IMAGINES:3  
 CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN  
 WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

BZ 2020\_9469556

Bogotá, 25 de septiembre de 2020

Señor (a)  
**MARIA ALEJANDRA BLANCO RUIZ**  
 Calle 3 A No. 5-60 MZ D Casa 45  
 Barrio: Quintas de la laguna  
 Soacha - Cundinamarca

**Referencia:** Radicado No. 2020\_9469556 del 23 de septiembre de 2020  
**Ciudadano:** EDWIN HERNAN SARMIENTO ORJUELA  
**Identificación:** Cédula de Ciudadanía 80427470  
**Tipo Trámite:** Reconocimiento - Pensión de Sobrevivientes

Respetado(a) Señor (a);

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Conforme con su solicitud, radicada como se indica en la referencia y de acuerdo a lo establecido en la Ley 1574 de agosto de 2012, se informa, que como resultado de las validaciones realizadas, se detectó que los siguientes documentos no cumplen con las características necesarias para continuar con el trámite:

Tipo y Número de Identificación	Documento con Inconsistencia	Inconsistencia Presentada	Detalle de la Inconsistencia
CC. 1052379247	Resolución de pensión.	No presento documento	Aportar Resolución de pensión de sobrevivientes, emitida por Colmena Seguros

Por lo anterior y con el fin de continuar con el trámite relacionado en la referencia, se solicita que en un término no superior a 1 mes calendario contado a partir del recibido de esta comunicación, haga entrega del documento(s) relacionado(s) debidamente corregido(s), en cualquiera de los Puntos de Atención de Colpensiones a nivel nacional, citando el número de radicado descrito en la referencia. Lo anterior de conformidad con lo previsto en el artículo 17 de la Ley 1755 de 2015.

Finalmente, es importante señalar que al momento de radicar los documentos solicitados deberá presentar esta comunicación a fin que los mismos se radiquen por el **SUBTRÁMITE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS ADICIONALES** y se asocien al radicado inicial, de tal forma que podamos gestionar lo pertinente y continuar el trámite correspondiente. En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC) o comunicarse con la línea de atención telefónica, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.



GOBIERNO  
 DE COLOMBIA

[www.colpensiones.gov.co](http://www.colpensiones.gov.co)

@Colpensiones

ColpensionesOficial

Colpensionescomunicaciones

Línea gratuita 018000 410009



Recepcion Doc  
Adicionales  
2020-9469556  
CC 1052379247

**COLMENA SEGUROS CERTIFICA QUE**

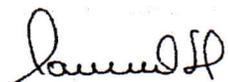
1. Que las personas relacionadas a continuación ingresaron a la nómina de pensionados por sobrevivencia, como consecuencia del **Accidente Laboral N° 2732214**, ocurrido al (a) señor(a) **Sarmiento Orjuela Edwin Hernan** identificado (a) con **CC 80.427.470** el día 15 de Junio de 2019.
2. Que el valor de la mesada pensional para el año 2020 asciende a la suma de **\$1.065.426** equivalente al 100% del valor de la pensión. Actualmente se encuentra aprobado el pago de la siguiente manera:
  - **Maria Alejandra Blanco Ruiz** identificado (a) con **CC 1.052.379.247** asciende a la suma de **\$532.710**, equivalente al 50% del valor de la pensión en calidad de **compañera permanente**, ingreso a nómina de pensionados en el mes de abril de 2020
  - **Sarmiento Velasquez Camilo Andres** identificado (a) con **CC 1.000.591.389** asciende a la suma de **\$133.179**, equivalente al 12.50% del valor de la pensión en calidad de **hijo**, ingreso a nómina de pensionados en el mes de noviembre de 2019
  - **Sarmiento Blanco Kevin Esteban** identificado (a) con **TI 1.034.779.826** asciende a la suma de **\$133.179**, equivalente al 12.50% del valor de la pensión en calidad de **hijo**, ingreso a nómina de pensionados en el mes de noviembre de 2019
  - **Sarmiento Blanco Sara Valentina** identificado (a) con **TI 1.034.782.574** asciende a la suma de **\$13.3179**, equivalente al 12.50% del valor de la pensión en calidad de **HIJO**, ingreso a nómina de pensionados en el mes de noviembre de 2019
  - **Sarmiento Velasquez Nicolas**, asciende a la suma de **\$ 133.179**, equivalente al 12.50% del valor de la pensión en calidad de **hijo**, este valor se encuentra bloqueado ya que el beneficiario no se ha acreditado ante la compañía.

Que Colmena Seguros en cumplimiento a las normas legales vigentes realiza descuento del porcentaje correspondiente sobre el valor de la mesada para el pago de aportes a salud, en la cual se encuentran afiliados los beneficiarios.

Desde entonces ha procedido con el pago de las mesadas correspondientes.

La presente certificación se expide a los 05 de agosto de 2020.

Atentamente,

  
Jefatura de Reservas y Liquidación.  
Colmena Seguros.

"Colmena Seguros informa que la Defensoría del Consumidor Financiero es ejercida por el Dr. José Guillermo Peña González; Dr. Carlos Alfonso Cifuentes, Defensor Suplente. Dirección: Av. 19 No. 114-09 Of 502 Bogotá, Colombia  
Teléfonos: (1) 2131370- 2131322, Correo Electrónico: [defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@colmenaseguros.com)."

IMPRESO EN COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

1.052.379.247

NUMERO

BLANCO RUIZ

APELLIDOS

MAIRA ALEJANDRA

NOMBRES

Maira Alejandra B

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-1986

DUITAMA  
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

13-JUL-2004 DUITAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL  
ALMAGEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO



P-0707900-34 129091-F-1052379247-20040913

03948 04257B 02 157007642