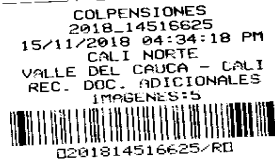


Recepcion de
Documentos
Reconocimientos
2018-12941823

Santiago de Cali, noviembre 15 de 2018

Señora
Piedad Cecilia Cardona Pérez
Gerente regional occidente
Colpensiones
Cra 12 # 7-10



Asunto: Derecho de petición.

Yo Elizabeth Osorio Restrepo identificada con C.C. 31.867.999 de Cali y domiciliaria de la Avenida 5 c norte # 50 n 39 en ejercicio del derecho de petición que consagra el artículo 23 de la constitución política de Colombia y las disposiciones pertinentes del código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo, respetuosamente solicito lo siguiente:

1. Reconocimiento al pago retroactivo del 1 de octubre al 30 de octubre del año 2017 por no haber sido aplicada la novedad de retiro con la marca "P" en la planilla simple.
2. Trámite que vengo solicitando desde el mes de enero del presente año por inconsistencias cómo:
 - Carta de solicitud no estaba debidamente firmada por el representante legal que figura en el certificado emitido por la superintendencia.
 - No se habían adjuntado todos los soportes requeridos para el trámite cómo fueron: copia de planillas, certificación de la superintendencia delegada para la responsabilidad administrativa y las medidas especiales.
 - Carta emitida por el aportante solicitando la marcación de la novedad "P".

Debido a lo anterior y una vez cumplidos todos los requisitos establecidos y marcada la novedad "P" en mi historia laboral en el ciclo 2017-09.

Para los efectos pertinentes adjunto los siguientes documentos:

1. Formatos debidamente diligenciados.
2. Número de la resolución de mi pensión 2017-10071679.

Para notificación favor enviar respuesta a la dirección que aparece al pie de la firma.

Firma del peticionario
C.C. 31.867.999
Dirección: Av 5 c norte # 50 n 39
Celular: 3155090104
Correo electrónico: liza-0920@hotmail.com

I. TIPO DE RIESGO

☒ Vejez ☐ Invalidez ☐ Muerte ☐ Indemnización sustitutiva ☐ Auxilio funerario

II. DETALLE TIPO DE RIESGO

☒ Pensión de vejez ☐ Pensión vejez compartida ☐ Pensión vejez madre o padre trabajador hijo invalido ☐ Pensión Especial de vejez anticipada por invalidez
☐ Pensión vejez alto riesgo ☐ Pensión vejez periodista ☐ Pensión vejez convenios internacionales ☐ Pensión Invalidez
☐ Pensión Invalidez convenios internacionales ☐ Pensión Sobrevivientes ☐ Sustitución pensional ☐ Sustitución Provisional ley 1204/08
☐ Pensión Sobrevivientes convenios internacionales ☐ Indemnización vejez ☐ Indemnización Invalidez ☐ Indemnización Sobrevivencia

III. TIEMPOS

Públicos no cotizados a Colpensiones ☐ SI ☒ NO
Privados ☒ SI ☐ NO
Régimen especial ☐ SI ☒ NO

IV. TIPO DE SOLICITUD

☐ Reconocimiento
☒ Reliquidación

V. INSTANCIA (si es primera solicitud no marque ninguna opción de este campo)

☐ Recurso de reposición ☐ Recurso de queja
☐ Recurso de apelación ☒ Nuevo Estudio
☐ Revocatoria directa

Su solicitud se refiere a inconsistencias en su Historia Laboral, tiempos cotizados al RPM administrado por Colpensiones? ☐ SI ☒ NO
Si usted respondió SI, es necesario que aporte la información referente a los ciclos faltantes o inconsistentes para la respectiva verificación, validación y corrección si fuere el caso. Por la anterior diligencia y adjunte el Formato Corrección de Historia Laboral disponible en la página web www.colpensiones.gov.co y en los puntos de Atención Colpensiones (PAC) a nivel Nacional.

VI. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de documento ☒ CC ☐ CE ☐ F ☐ TI ☐ P ☐ Número de documento 31 867 999
Fecha de nacimiento Año 1960 Mes 09 Día 20 Sexo M ☐ F ☒
Primer apellido OSORIO Segundo apellido RESTREPO
Primer nombre ELIZABETH Segundo nombre
Dirección Correspondencia AV SC NORTE # SON-39
Ciudad / Municipio CALI Barrio LA FLORA Departamento VALLE
Teléfono 664 08 88 Celular 315 5090104 Fax
Correo electrónico liza-0920@hotmail.com Autoriza notificación por medio electrónico ☒ SI ☐ NO

VII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO 1

Esta información debe ser diligenciada ÚNICAMENTE para los trámites por el Riesgo de MUERTE

Tipo de documento ☐ CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ RC ☐ TI ☐ Número de documento
Fecha de nacimiento Año Mes Día Sexo M ☐ F ☐
Primer apellido Segundo apellido Parentesco ☐ Cónyuge ☐ Compañero (a)
Primer nombre Segundo nombre ☐ Hijos menores ☐ Hijos estudiantes 18-25 años ☐ Hijo invalido
Dirección Correspondencia ☐ Padres ☐ Hermano invalido ☐ Otro
Ciudad / Municipio Barrio Departamento
Teléfono Celular Fax
Correo electrónico Autoriza notificación por medio electrónico ☐ SI ☐ NO

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

BENEFICIARIO 2

Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>		Número de documento		Fecha de nacimiento Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Primer apellido		Segundo apellido		Parentesco <input type="checkbox"/> Hijos menores <input type="checkbox"/> Padres		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos estudiantes 18-25 años <input type="checkbox"/> Hermano invalido	
Primer nombre		Segundo nombre				<input type="checkbox"/> Compañero (a) <input type="checkbox"/> Hijo invalido <input type="checkbox"/> Otro	
Dirección Correspondencia							
Ciudad / Municipio		Barrio		Departamento			
Teléfono		Celular		Fax			
Correo electrónico				Autorizo notificación por medio electrónico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

BENEFICIARIO 3

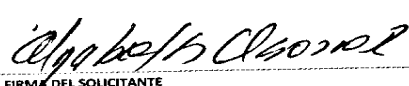
Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>		Número de documento		Fecha de nacimiento Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Primer apellido		Segundo apellido		Parentesco <input type="checkbox"/> Hijos menores <input type="checkbox"/> Padres		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos estudiantes 18-25 años <input type="checkbox"/> Hermano invalido	
Primer nombre		Segundo nombre				<input type="checkbox"/> Compañero (a) <input type="checkbox"/> Hijo invalido <input type="checkbox"/> Otro	
Dirección Correspondencia							
Ciudad / Municipio		Barrio		Departamento			
Teléfono		Celular		Fax			
Correo electrónico				Autorizo notificación por medio electrónico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

VIII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO

Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		Número de documento		Tarjeta Profesional / Provisional	
Primer apellido		Segundo apellido			
Primer nombre		Segundo nombre			
Dirección Correspondencia					
Ciudad / Municipio		Barrio		Departamento	
Teléfono		Celular		Fax	
Correo electrónico				Autorizo notificación por medio electrónico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

IX. INFORMACIÓN SOLICITANTE TERCERO

Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		Número de documento		<input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Tercero autorizado <input type="checkbox"/> Representante legal	
Primer apellido		Segundo apellido			
Primer nombre		Segundo nombre			
Dirección Correspondencia		Razón Social		NIT <input type="text"/>	
Ciudad / Municipio		Barrio		Departamento	
Teléfono		Celular		Fax	
Correo electrónico				Autorizo notificación por medio electrónico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

 FIRMA DEL SOLICITANTE	31867999 Pali No. DE DOCUMENTO
--	-----------------------------------

"Ven por tu FUTURO"



RADICACIÓN

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

Tipo de documento CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>	Primer apellido Osorio	Segundo apellido Restrepo
Número de documento 31864999	Primer nombre Elizabeth	Segundo nombre

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
 SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD

2. En calidad de que se encuentra vinculado a esta EPS o Régimen de Excepción
 COTIZANTE ☒ BENEFICIARIO ☐

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

4. A qué Régimen de Excepción pertenece

Policía Nacional <input type="checkbox"/> Fuerzas Militares <input type="checkbox"/>	Magisterio <input type="checkbox"/> Ecopetrol <input type="checkbox"/>
---	---

5. En qué Universidad se encuentra afiliado

Unisalud <input type="checkbox"/> Capruis <input type="checkbox"/>	UniValle <input type="checkbox"/> UniCartagena <input type="checkbox"/>	UniNariño <input type="checkbox"/> UniAtlántico <input type="checkbox"/>	UniCauca <input type="checkbox"/> UniAntioquia <input type="checkbox"/>
---	--	---	--

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 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 CONTINUÉ EN 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 la 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:

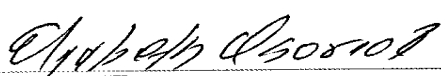
Cotizante: Una vez reconocida la pensión e ingresada en la nómina, los aportes en salud serán girados a favor del Fosyga, en cumplimiento a lo establecido en el decreto 1703 de 2002 Art. 14. Beneficiario: Si se encuentra afiliado (a) en cualquier Régimen de excepción (Policía Nacional, fuerzas Militares, 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.

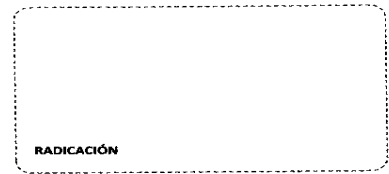
ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EXCLUSIVAMENTE POR EL CAUSANTE DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA

FIRMA DEL SOLICITANTE 	No. DE DOCUMENTO 31864999
--	------------------------------

"Ven por tu FUTURO"



Colpensiones



DECLARACIÓN DE NO PENSIÓN

Señores
COLPENSIONES
Ciudad

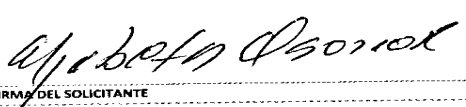
Asunto: Certificación de No Pensión

Yo ELIZABETH OSORIO RESTREPO
identificado con documento C.C. ☒ C.E. ☐ Número: 31 867 999 de CALI
manifiesto que recibo pensión SI ☒ NO ☐ de jubilación ☐ vejez ☒ invalidez ☐ sobreviviente ☐ otra ☐
de la Entidad administradora, Caja o Fondo ó Entidad Pública, Cuál? COLPENSIONES

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:

 FIRMA DEL SOLICITANTE	<u>31867999 Cal.</u> No. DE DOCUMENTO
--	--

“Ven por tu
FUTURO”

