

**FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

COLPENSIONES  
2017-11913323  
09/11/2017 04:34:20 PM  
CALI NORTE  
VALLE DEL CAUCA - CALI  
RECONOCIMIENTO  
IMPRESOS  
0201711913323B80

HOJA 1 DE 2

**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 lo anterior diligencie y adjunte el Formato Corrección de Historia Laboral disponible en la página web: [www.colpensiones.gov.co](http://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 31867999 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. Spicente #501-39  
Ciudad / Municipio cali Barrio La hora Departamento valle  
Teléfono 6640398 Celular 3155090104 Fax  
Correo electrónico Autorizo 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 Autorizo notificación por medio electrónico Si ☐ No ☐

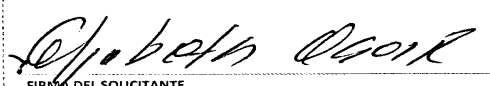
- AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN.** El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscritos convenios con tal propósito, para la recolección 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 refieran 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 <input type="text"/>
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 <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>
Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>
Dirección Correspondencia <input type="text"/>	
Ciudad / Municipio <input type="text"/>	Barrio <input type="text"/>
Teléfono <input type="text"/>	Celular <input type="text"/>
Correo electrónico <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>
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 <input type="text"/>
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 <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>
Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>
Dirección Correspondencia <input type="text"/>	
Ciudad / Municipio <input type="text"/>	Barrio <input type="text"/>
Teléfono <input type="text"/>	Celular <input type="text"/>
Correo electrónico <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>
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 <input type="text"/>
Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>
Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>
Dirección Correspondencia <input type="text"/>	
Ciudad / Municipio <input type="text"/>	Barrio <input type="text"/>
Teléfono <input type="text"/>	Celular <input type="text"/>
Correo electrónico <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>
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="text"/>
Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>
Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>
Dirección Correspondencia <input type="text"/>	
Ciudad / Municipio <input type="text"/>	Barrio <input type="text"/>
Teléfono <input type="text"/>	Celular <input type="text"/>
Correo electrónico <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>
Autorizo notificación por medio electrónico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

	<b>31867999 Cali</b>
FIRMA DEL SOLICITANTE	No. DE DOCUMENTO

"Ven por tu FUTURO"

