

FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES
2018_12941823
11/10/2018 04:38:17 PM
CALI NORTE
VALLE DEL CAUCA - CALI
RECONOCIMIENTO
IMAGENES: 12
02018129418232<0

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 **IV. TIPO DE SOLICITUD** **V. INSTANCIA (si es primera solicitud no marque ninguna opción de este campo)**

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

☐ Reconocimiento ☒ Reliquidación

☐ 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 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 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 Cra 3 # 10-20 oficina 401 Edificio Colombiana.
Ciudad / Municipio Cali Barrio Centro Departamento Valle
Teléfono 8845384 Celular 3007628303 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
Primer nombre Segundo nombre
Dirección Correspondencia
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 ☐ 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 ☐

BENEFICIARIO 3

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 ☐

VIII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO

Tipo de documento: CC ☒ CE ☐ Número de documento: 31947864 Tarjeta Profesional / Provisional: 72742

Primer apellido: Franco Segundo apellido: Galvis

Primer nombre: Olga Segundo nombre: Patricia

Dirección Correspondencia: Cra 3 # 10-20 Oficina 401 Edificio Colombia

Ciudad / Municipio: Cali Barrio: Centro Departamento: Valle

Teléfono: 8845384 Celular: 3007628303 Fax: _____

Correo electrónico: leong07@hotmail.com Autorizo notificación por medio electrónico: Si ☒ No ☐

IX. INFORMACIÓN SOLICITANTE TERCERO

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ Número de documento: _____ Curador: _____ Tercero autorizado: _____ Representante legal: _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección Correspondencia: _____ Razón Social: _____ NIT: _____

Ciudad / Municipio: _____ Barrio: _____ Departamento: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____ Autorizo notificación por medio electrónico: Si ☐ No ☐

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

No. DE DOCUMENTO: 31947864

"Ven por tu FUTURO"

