

# FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Adriana Lady

COLPENSIONES  
2017-10071679  
22/09/2017 03:01:46 PM  
CALI NORTE  
VALLE DEL CAUCA - CALI  
RECONOCIMIENTO  
IMAGENES-S



0201710071679

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

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

## 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 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 21867999000000000000 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 AVENIDA 5C ATE # 50 N39 41 4/029  
 Ciudad / Municipio Cali Barrio 1a 4/029 Departamento Valle  
 Teléfono 0640888 Celular 3135090104 Fax  
 Correo electrónico LIZA-0920@hotmail.com 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  
☐ Padres ☐ Hermano invalido ☐ Otro  
 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) ☐  
☐ Hijos menores ☐ Hijos estudiantes 18-25 años ☐ Hijo invalido ☐  
☐ Padres ☐ Hermano invalido ☐ Otro ☐  
 Primer nombre:  Segundo nombre:   
 Dirección Correspondencia:   
 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) ☐  
☐ Hijos menores ☐ Hijos estudiantes 18-25 años ☐ Hijo invalido ☐  
☐ Padres ☐ Hermano invalido ☐ Otro ☐  
 Primer nombre:  Segundo nombre:   
 Dirección Correspondencia:   
 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:   
 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 ☐ No ☐

**IX. INFORMACIÓN SOLICITANTE TERCERO**

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ Número de documento:   
☐ Curador ☐ Tercero autorizado ☐ Representante legal  
 Segundo apellido:   
 Segundo nombre:   
 Dirección Correspondencia:  Razón Social:  NIT:   
 Ciudad / Municipio:  Barrio:  Departamento:   
 Teléfono:  Celular:  Fax:   
 Correo electrónico:  Autorizo notificación por medio electrónico: Si ☐ No ☐

VERIFICADO POR EL SISTEMA DE AUTENTICACIÓN

*Elizabeth Rosario*

FIRMA DEL SOLICITANTE

*231867999*

No. DE DOCUMENTO

"Ven por tu FUTURO"



Colpensiones