

# FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

\* traslado SU 062.

COLPENSIONES  
2019-11556275  
28/08/2019 06:34:17 AM  
SALITRE  
BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ D.C.  
RECONOCIMIENTO  
IMAGENES:5  
020191155627540

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 datos faltantes o inconsistentes para la respectiva verificación, validación y corrección si fuera el caso. Por lo anterior diligencie y adjunte el Formulario 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 70077754 Fecha de nacimiento Año 1955 Mes 01 Día 26 Sexo M ☒ F ☐  
Primer apellido VEJEZ Segundo apellido MERINO  
Primer nombre Leonardo Segundo nombre DE JESUS  
Dirección Correspondencia Cra 87 + 17-35 T3 ap 1002  
Ciudad / Municipio Bogotá Barrio Capellania Departamento Cundinamarca  
Teléfono 3881741 Celular 3136603099 Fax  
Correo electrónico 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

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.

**BENEFICIARIO 2**

HOJA 2 DE 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"/> Hermano invalido <input type="checkbox"/> Otro	
Primer nombre		Segundo nombre		<input type="checkbox"/> Hijos menores <input type="checkbox"/> Padres		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hermano 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**

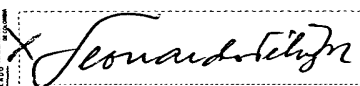
Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>		Número de documento		Fecha de nacimiento Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>		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"/> Hermano invalido <input type="checkbox"/> Otro	
Primer nombre		Segundo nombre		<input type="checkbox"/> Hijos menores <input type="checkbox"/> Padres		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hermano 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		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo 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		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo 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"/>					

FIRMAS  FIRMA DEL SOLICITANTE	No. DE DOCUMENTO 70077754
---	------------------------------

"Ven por tu FUTURO"

