

# FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES  
2019-13379386  
03/10/2019 02:42:18 PM  
SALITRE  
BOGOTÁ D.C. - BOGOTÁ D.C.  
RECONOCIMIENTO  
IMÁGENES: 8  
  
0201913379386TGO

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 70077754 Fecha de nacimiento Año 1955 Mes 01 Día 26 Sexo M ☒ F ☐  
Primer apellido Velez Segundo apellido Merino  
Primer nombre Leonardo Segundo nombre de Jesus  
Dirección Correspondencia Cra 87 + 17-35 torre 3 apto. 1002  
Ciudad / Municipio Bogotá Barrio Capellanía Departamento Bogotá Dc  
Teléfono 3882741 Celular 3136603099 Fax  
Correo electrónico ags corredores@gmail.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  
Dirección Correspondencia ☐ Padres ☐ Hermano invalido ☐ Otro  
Ciudad / Municipio Barrio Departamento  
Teléfono Celular Fax  
Correo electrónico  
Autorizo 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.



HOJA 2 DE 2

**BENEFICIARIO 2**[illegible]**BENEFICIARIO 3**

Tipo de documento		Número de documento		Fecha de nacimiento		Sexo	
CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	RC <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	Año <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>
Primer apellido		Segundo apellido		Parentesco		Día <input type="text"/>	
Primer nombre		Segundo nombre		<input type="checkbox"/> 1 Cónyuge <input type="checkbox"/> 2 Compañero (a) <input type="checkbox"/> 3 Hijos menores <input type="checkbox"/> 4 Hijos estudiantes 18-25 años <input type="checkbox"/> 5 Hijo invalido <input type="checkbox"/> 6 Padres <input type="checkbox"/> 7 Hermano invalido <input type="checkbox"/> 8 Otro		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>	
Dirección Correspondencia							
Ciudad / Municipio				Barrio			
Teléfono				Departamento			
Correo electrónico				Celular			
				Fax			
				Autenticación 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   CE   F   P		Número de documento	<input type="checkbox"/> Curador	<input type="checkbox"/> Tercero autorizado	<input type="checkbox"/> Representante legal
Primer apellido			<input type="checkbox"/> Segundo apellido		
Primer nombre			<input type="checkbox"/> Segundo nombre		
Dirección Correspondencia			Razón Social	NIT	
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**

No. DE DOCUMENTO

**"Ven por tu FUTURO"**



*Scadanga*