

FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES - 2021_15361005
23/12/2021 11:55:35 AM
ENVIGADO
ANTIOQUIA - ENVIGADO
RECONOCIMIENTO
IMÁGENES: 15
CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

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 42747116 Fecha de nacimiento Año 1958 Mes 10 Día 11 Sexo M ☐ F ☒
Primer apellido Carmona Segundo apellido MEJIA
Primer nombre MARIA Segundo nombre EUGENIA
Dirección Correspondencia El Vivero #43A-49 Apt. 409 SABANETA
Ciudad / Municipio SABANETA Barrio Virgen del CARMEN Departamento Antioquia
Teléfono 3010704 Celular 3108399364 Fax
Correo electrónico marucarme1011@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.

BENEFICIARIO 2 El beneficiario es el titular de la póliza de seguro de vida. En caso de fallecimiento, el beneficiario es el responsable de recibir el pago de la indemnización.

Tipo de documento						Número de documento								Fecha de nacimiento							Sexo		
<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> TI											Año:		Mes		Día		M	F
Primer apellido						Segundo apellido								Parentesco							<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Compañero(a)	
Primer nombre						Segundo nombre								<input type="checkbox"/> Hijos menores							<input type="checkbox"/> Hijos estudiantes 18-25 años	<input type="checkbox"/> Hijo inválido	
														<input type="checkbox"/> Padres							<input type="checkbox"/> Hermano inválido	<input type="checkbox"/> Otro	
Dirección Correspondencia																							
Ciudad / Municipio										Barrio							Departamento						
Teléfono										Celular							Fax						
Correo electrónico																							
																				Autorizo notificación por medio electrónico		Si	No

BENEFICIARIO 3

Tipo de documento		Número de documento		Fecha de nacimiento			Sexo	
CC	CE	F	P	RC	TI	Año	Mes	Día
Primer apellido		Segundo apellido		Parentesco		Cónyuge		Compañero (a)
Primer nombre		Segundo nombre		Hijos menores		Hijos estudiantes 18-25 años		Hijo inválido
Dirección Correspondencia				Padres		Hermano inválido		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 <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		Número de documento <input type="text"/>		Tarjeta Profesional / Provisional <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"/>		Departamento <input type="text"/>	
Teléfono <input type="text"/>		Celular <input type="text"/>		Fax <input type="text"/>	
Correo electrónico <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"/>		<input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Tercero autorizado <input type="checkbox"/> Representante legal	
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"/>		Razón Social <input type="text"/>		NIT <input type="text"/>	
Ciudad / Municipio <input type="text"/>		Barrio <input type="text"/>		Departamento <input type="text"/>	
Teléfono <input type="text"/>		Celular <input type="text"/>		Fax <input type="text"/>	
Correo electrónico <input type="text"/>				Autorizo notificación por medio electrónico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

FIRMA DEL SOLICITANTE

No. DE DOCUMENTO

"Ven por tu FUTURO"

