



## FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES - 2021.917176  
28/01/2021 01:24:56 PM  
ENVIGADO  
ANTIOQUIA - ENVIGADO  
RECONOCIMIENTO  
IMAGENES:10  
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

Publicos 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 12747116 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 Calle 55 sur # 43 A 49 TORRES SACRAMENTO Apto 409  
Ciudad / Municipio SABANETA Barrio VIRGEN DEL CARMEN Departamento ANTIOQUIA  
Teléfono 3010904 Celular 3108399364 Fax  
Correo electrónico marucame1011@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 ☐

- 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.

Colpensiones

<b>BENEFICIARIO 2</b>		Fecha de nacimiento		Sexo	
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	Año	Mes	Día	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero (a) <input type="checkbox"/> Hijos menores <input type="checkbox"/> Hijos estudiantes 18-25 años <input type="checkbox"/> Hijo invalido <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermano invalido <input type="checkbox"/> Otro			
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"/>

<b>BENEFICIARIO 3</b>		Fecha de nacimiento		Sexo	
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	Año	Mes	Día	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero (a) <input type="checkbox"/> Hijos menores <input type="checkbox"/> Hijos estudiantes 18-25 años <input type="checkbox"/> Hijo invalido <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermano invalido <input type="checkbox"/> Otro			
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"/>

<b>VIII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO</b>		Tarjeta Profesional / Provisional	
Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	Número de documento		
Primer apellido	Segundo apellido		
Primer nombre	Segundo nombre		
Dirección Correspondencia			
Ciudad / Municipio		Departamento	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Autorizo notificación por medio electrónico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

<b>IX. INFORMACIÓN SOLICITANTE TERCERO</b>		Curador <input type="checkbox"/> Tercero autorizado <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/>	
Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Número de documento		
Primer apellido	Segundo apellido		
Primer nombre	Segundo nombre		
Dirección Correspondencia		Razón Social	
Ciudad / Municipio		Departamento	
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Autorizo notificación por medio electrónico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Firma del solicitante: *Y. B. Guerra Carmona* / No. DE DOCUMENTO: *42'747.116*

“TU FUTURO LO CONSTRUIMOS ENTRE LOS DOS”

