



202115187960

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 ☐ 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 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 7 1 9 3 1 3 4 7 Fecha de nacimiento Año 1 9 5 9 Mes 1 1 Día 2 7 Sexo M ☒ F ☐
Primer apellido LOZANO Segundo apellido LOZANO
Primer nombre JOSE Segundo nombre DELIO
Dirección Correspondencia CL 96A 76 50 BRR
Ciudad / Municipio APARTADO Barrio LA ALBORADA Departamento ANTIOQUIA
Teléfono Celular 3146162078 Fax
Correo electrónico JOSEDLOZANO2021@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.

BENEFICIARIO 2

Tipo de documento										Número de documento										Fecha de nacimiento										Sexo							
CC	CE	F	P	RC	TI																			Año				Mes			Día			M		F	
Primer apellido										Segundo apellido										Parentesco		1 Cónyuge		2 Compañero(a)													
Primer nombre										Segundo nombre										3 Hijos menores		4 Hijos estudiantes 18-25 años		5 Hijo inválido													
																				6 Padres		7 Hermano inválido		8 Otro													
Dirección Correspondencia																																					
Ciudad / Municipio										Barrio										Departamento																	
Teléfono										Celular										Fax																	
Correo electrónico																																					
																												Autorizo notificación por medio electrónico		Sí		No					

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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										Fecha de nacimiento Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Día <input type="text"/> <input type="text"/>										Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Primer apellido <input type="text"/>										Segundo apellido <input type="text"/>										Parentesco <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 inválido <input type="checkbox"/> 6 Padres <input type="checkbox"/> 7 Hermano inválido <input type="checkbox"/> 8 Otro											
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															Celular <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										Fax <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
Correo electrónico <input type="text"/>																									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	
Primer nombre		Segundo nombre	
Dirección Correspondencia			
Ciudad / Municipio	Barrio	Departamento	
Teléfono	Celular	Fax	
Correo electrónico			Autorizo notificación por medio electrónico <input type="checkbox"/> Sí <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"/>	

JOSE DELIO LOZANO LOZANO
Documento firmado electrónicamente

FIRMA DEL SOLICITANTE

71931347

No. DE DOCUMENTO

**"TU FUTURO LO CONSTRUIMOS
ENTRE LOS DOS"**

