

FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

COLPENSIONES
2015-12210393
17/12/2015 04:41:37 p.m.
LOS CALIS - EMCALI
VALLE - CALI
RECONOCIMIENTO
IMAGENES: 22

020151221039378D

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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 Su solicitud se refiere a inconsistencias en su Historia Laboral, tiempos cotizados al RPM administrado por Colpensiones? SI NO
Recurso de apelación Nuevo Estudio 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.
Revocatoria directa

VI. INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de documento CC ☒ CE F TI P Número de documento 16504754
Fecha de nacimiento Año 1957 Mes 06 Día 11 Sexo M ☒ F
Primer apellido MANTILLA Segundo apellido MONTES.
Primer nombre GOBERT Segundo nombre ALBERTO
Dirección Correspondencia AVENIDA 28 NORTE No. 47 AN-40
Ciudad / Municipio SANTIAGO DE CALI Barrio LA MERCEDES. Departamento VALLE
Teléfono 8842886 Celular Fax
Correo electrónico 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 38993230
Fecha de nacimiento Año 1948 Mes 06 Día 14 Sexo M F ☒
Primer apellido ROBAYO Segundo apellido AVELLANEDA Parentesco Conyuge ☒ Compañero (a)
Primer nombre MARIA Segundo nombre GILMA Hijos menores Hijos estudiantes 18-25 años Hijo invalido
Padres Hermano invalido Otro
Dirección Correspondencia AVENIDA 28 NORTE No. 47 AN-40
Ciudad / Municipio SANTIAGO DE CALI Barrio LA MERCEDES. Departamento VALLE
Teléfono 8842886 Celular 3006769020 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

Tipo de documento		Número de documento		Fecha de nacimiento		Sexo	
CC	CE	F	P	RC	TI	Año	Mes
Primer apellido		Segundo apellido		Parentesco		Día	
Primer nombre		Segundo nombre		Hijos menores		Cónyuge	
Dirección Correspondencia				Padres		Hijos estudiantes 18-25 años	
Ciudad / Municipio		Barrio		Departamento		Hermano invalido	
Teléfono		Celular		Fax		Otro	
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
Primer apellido		Segundo apellido		Parentesco		Día	
Primer nombre		Segundo nombre		Hijos menores		Cónyuge	
Dirección Correspondencia				Padres		Hijos estudiantes 18-25 años	
Ciudad / Municipio		Barrio		Departamento		Hermano invalido	
Teléfono		Celular		Fax		Otro	
Correo electrónico						Autorizo notificación por medio electrónico	
						Si No	

VIII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO

Tipo de documento		Número de documento		Tarjeta Profesional / Provisional	
CC	CE			84157-D1	
Primer apellido		Segundo apellido		Segundo nombre	
Primer nombre		Segundo nombre		Segundo nombre	
Dirección Correspondencia					
Ciudad / Municipio		Barrio		Departamento	
Teléfono		Celular		Fax	
Correo electrónico					
				Autorizo notificación por medio electrónico	
				Si X No	

IX. INFORMACIÓN SOLICITANTE TERCERO

Tipo de documento		Número de documento		Curador	
CC	CE	F	P	Tercero autorizado	
Primer apellido		Segundo apellido		Representante legal	
Primer nombre		Segundo nombre		Representante legal	
Dirección Correspondencia				Razón Social	
Ciudad / Municipio		Barrio		Departamento	
Teléfono		Celular		Fax	
Correo electrónico					
				Autorizo notificación por medio electrónico	
				Si No X	

VALLE

FIRMA DEL SOLICITANTE

38 993 230

No. DE DOCUMENTO

“SU FUTURO LO CONSTRUIMOS ENTRE LOS DOS”



Cadena S.A.