Colpensiones

FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

RADICACIÓN

I. TIPO DE RIESGO

[X] Vejez	[1] Invalidez	[M] Muerte	[I] Indemnización sustitutiva

II. DETALLE TIPO DE RIESGO

[X] Pensión de vejez	[7] Pensión vejez compartida	[8] Pensión vejez madre o padre trabajador hijo invalido	[6] Pensión Especial de vejez anticipada por invalidez
[9] Pensión vejez alto riesgo	[4] Pensión vejez periodista	[7] Pensión vejez convenios internacionales	[1] Pensión Invalidez
[9] Pensión Invalidez convenios internacionales	[10] Pensión Sobrevivientes	[11] Sustitución pensional	[12] Sustitución Provisional ley 1204/08
[13] Pensión Sobrevivientes convenios internacionales	[14] Indemnización vejez	[15] Indemnización Invalidez	[16] Indemnización Sobrevivencia

III. TIEMPOS

	SI	NO
Públicos no cotizados a Colpensiones	[ ]	[X]
Privados	[X]	[ ]
Régimen especial	[ ]	[X]

IV. TIPO DE SOLICITUD

[1] Reconocimiento

[X] Reliquidación

X

V. INSTANCIA (si es primera solicitud no marque ninguna opción de este campo)

[X] Recurso de reposición [4] Recurso de queja

[X] Recurso de apelación [3] Nuevo Estudio

[2] Revocatoria directa

Su solicitud se refiere a inconsistencias en su Historia Laboral, tiempos cotizados al RPM administrado por Colpensiones? SI [ ] NO [X]

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.

X

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

Tipo de documento: CC [X] CE [ ] F [ ] TI [ ] P [ ]

Número de documento: 19423773

Fecha de nacimiento: Año 1960 Mes 02 Día 24

Sexo: M [X] F [ ]

Primer apellido: ARANGO

Segundo apellido: GONZALEZ

Primer nombre: WILLIAM

Segundo nombre:

Dirección Correspondencia: AV. EL DORADO No. 69-76 TORRE 1 PISO 16

Ciudad / Municipio: BOGOTÁ D.C.

Barrio:

Departamento: BOGOTÁ D.C.

Teléfono: 601 432 27 60

Celular:

Fax:

Correo electrónico: notificaciones.judiciales@adres.gov.co

Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si [ ] No [X]

VII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO 1

Esta información debe ser diligenciada UNICAMENTE 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: [1] Cónyuge [2] Compañero (a) [3] Hijos menores [4] Hijos estudiantes 18-25 años [5] Hijo invalido [6] Padres [7] Hermano invalido [8] Otro

Primer nombre:

Segundo nombre:

Dirección Correspondencia:

Ciudad / Municipio:

Barrio:

Departamento:

Teléfono:

Celular:

Fax:

Correo electrónico:

Adjunta formulario autorización notificación por correo 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cadena. 23/06/2021_00:20

Colpensiones **FORMATO SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS**

BENEFICIARIO 2

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: 1 Cónyuge ☐ 2 Compañero (a) ☐ 3 Hijos menores ☐ 4 Hijos estudiantes 18-25 años ☐ 5 Hijo invalido ☐ 6 Padres ☐ 7 Hermano invalido ☐ 8 Otro ☐

Primer nombre | Segundo nombre

Dirección Correspondencia

Ciudad / Municipio | Barrio | Departamento

Teléfono | Celular | Fax

Correo electrónico

Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si ☐ No ☐

BENEFICIARIO 3

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: 1 Cónyuge ☐ 2 Compañero (a) ☐ 3 Hijos menores ☐ 4 Hijos estudiantes 18-25 años ☐ 5 Hijo invalido ☐ 6 Padres ☐ 7 Hermano invalido ☐ 8 Otro ☐

Primer nombre | Segundo nombre

Dirección Correspondencia

Ciudad / Municipio | Barrio | Departamento

Teléfono | Celular | Fax

Correo electrónico

Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si ☐ No ☐

VIII. INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO

Tipo de documento: CC ☐ CE ☐ | 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

Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si ☐ No ☐

IX. INFORMACIÓN SOLICITANTE TERCERO

Tipo de documento: CC [X] CE ☐ F ☐ P ☐ | Número de documento: 79126005 | ☐ Curador ☐ Tercero autorizado [X] Representante legal

Primer apellido: PARRA | Segundo apellido: OVIEDO

Primer nombre: MARCOS | Segundo nombre: JAHER

79126005

Dirección Correspondencia: AV. EL DORADO No. 69-76 TORRE 1 PISO 16 | Razón Social: ADRES | NIT: 901.037.916-1

Ciudad / Municipio: BOGOTA D.C. | Barrio | Departamento: BOGOTÁ D.C.

Teléfono: 601 432 27 60 | Celular | Fax

Correo electrónico

Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico. Si ☐ No [X]

MARCOS JAHER PARRA OVIEDO
FIRMA DEL SOLICITANTE

79126005
No. DE DOCUMENTO

"Ven por tu FUTURO"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cadena 13/06/2023_06537

Colpensiones

FORMULARIO AUTORIZACIÓN O REVOCATORIA NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO

RADICACIÓN

FECHA

D D 01 2024

I. INFORMACIÓN DEL CAUSANTE O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO

Tipo de Solicitud	Tipo de documento	Número de documento
Autorización ☐ Revocatoria ☐	CC ☐ CE ☐ TI ☐ P ☐	
Primer Apellido: ARANGO	Segundo Apellido: GONZALEZ	
Primer Nombre: WILLIAM	Segundo Nombre	

II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE QUE AUTORIZA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Tipo de documento	Número de documento
CC ☐ CE ☐ TI ☐ P ☐	
Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre	Segundo Nombre

Calidad en la que Actúa

Causante o Titular del Derecho ☐ Beneficiario ☐ Apoderado ☐ Curador ☐ Tercero autorizado ☐ Representante legal ☐

Otro, ¿cuál?

Correo Electrónico autorizado para realizar la notificación

III. CONDICIONES Y TÉRMINOS DE USO DE LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Manifestación de Autorización:

1. Por medio del presente formato usted AUTORIZA a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, a NOTIFICARLE en la dirección de correo electrónico informado, el Acto Administrativo o dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral que se genere como respuesta al trámite que acompaña esta autorización.
2. La ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, queda facultada para notificarlo en la dirección de Correo electrónico informado, y por tanto no se hará uso de los otros medios previstos en la ley 1437 de 2011.

Efectos Jurídicos de la Notificación Electrónica.

1. La notificación Electrónica tiene la misma validez de una notificación personal, por tanto, una vez la entidad remite el acto administrativo o Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral, se entiende notificado en la fecha y hora que el mensaje es recibido en el correo electrónico informado por el solicitante.
2. El acuse de recibido del mensaje, será certificado por la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, haciendo uso de las herramientas que disponga, y será la prueba legal de la correcta notificación.
3. En caso de proceder recursos en contra de la decisión notificada, los términos empiezan a contar desde el día hábil siguiente a la fecha de recibo del correo electrónico (fecha certificada por Colpensiones), y su radicación se debe efectuar en los Puntos de Atención de Colpensiones.

Requisitos de la Cuenta de Correo Electrónico.

1. La persona que autoriza la notificación electrónica debe agregar el dominio de la entidad (Colpensiones.gov.co) a la lista de direcciones confiables, a fin de evitar que la comunicación sea recibida en la bandeja de correo no deseado.
2. La persona que autoriza la notificación se hace responsable de adoptar las medidas de seguridad idóneas para la administración de la cuenta de correo electrónico informada en el presente formato, así como del manejo de la clave de ingreso al mismo, y de mantener el buzón con la capacidad suficiente para la recepción de los actos administrativos que serán objeto de notificación.
3. Los archivos adjuntos al correo electrónico de notificación se remiten en formato PDF y para protección de la información enviada se encriptarán con clave de seguridad.

Vigencia de la Autorización

1. La autorización para notificar el acto administrativo por correo electrónico tendrá efecto, hasta tanto el ciudadano no presente la respectiva revocatoria, en dado caso la notificación se realizará de conformidad con los otros medios previstos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Normas Aplicables

1. Para la presente autorización son normas aplicables los artículos 53, 56, 66 y 67 de la Ley 1437 de 2011 y los artículos 20 y 21 de la Ley 297 de 1999.

GCE-GEX-FML-001_V2

Firma del solicitante

No. de Documento de identidad

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

"Ven por tu FUTURO"

cadena 01/05/2021 - 4915