

### Tipo Solicitud

- |   |   |
|---|---|
| <input type="text" value="1"/> Pensión de Vejez                                 | <input type="text" value="6"/> Indemnización Sustitución de Vejez                     |
| <input type="text" value="2"/> Auxilio Funerario                                | <input type="text" value="7"/> Pago Único de Herederos                                |
| <input type="text" value="3"/> Pensión Sobrevivientes                           | <input type="text" value="8"/> Sustitución Provisional de Pensionados a Beneficiarios |
| <input type="text" value="4"/> Pensión de Invalidez                             | <input type="text" value="9"/> Pensión Sanción  |
| <input type="text" value="5"/> Indemnización Sustitutiva Pensión Sobrevivientes |   |

### Tipo Instancia

- |  |   |
|--|---|
| <input type="text" value="1"/> Nuevo Estudio       | <input type="text" value="4"/> Aclaratoria            |
| <input type="text" value="2"/> Revocatoria Directa | <input type="text" value="5"/> Recursos de Reposición |
| <input type="text" value="3"/> Fallo Ordinario     | <input type="text" value="6"/> Fallo de Tutela        |

### Tipo

- |   |  |
|---|--|
| <input type="text" value="1"/> Reconocimiento | <input type="text" value="2"/> Reliquidación |
|---|--|

### Información Causante y/o Titular Original del derecho

|   |  |
|---|--|
| Tipo de Documento <input type="text" value="CC"/> <input type="text" value="CE"/> <input type="text" value="F"/> <input type="text" value="TI"/> <input type="text" value="P"/>   | Documento  |
| Fecha de Nacimiento <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> | Sexo <input type="text" value="F"/> <input type="text" value="M"/> |
| Primer Nombre   | Segundo Nombre   |
| Primer Apellido   | Segundo Apellido   |
| Dirección Correspondencia   | Correo Electrónico   |
| Departamento Residencia   | Ciudad Residencia  |
| Barrio Residencia   | Teléfono   |
| Celular   |  |

### Información Personal Solicitante / Beneficiario 1

|   |  |
|---|--|
| Tipo de Documento <input type="text" value="CC"/> <input type="text" value="CE"/> <input type="text" value="F"/> <input type="text" value="TI"/> <input type="text" value="P"/>   | Documento  |
| Fecha de Nacimiento <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> | Sexo <input type="text" value="F"/> <input type="text" value="M"/> |
| Primer Nombre   | Segundo Nombre   |
| Primer Apellido   | Segundo Apellido   |
| Dirección Correspondencia   | Correo Electrónico   |
| Departamento Residencia   | Ciudad Residencia  |
| Barrio Residencia   | Teléfono   |
| Celular   |  |

|            |                          |                              |                          |                  |
|------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------|
| Parentesco | <input type="checkbox"/> | Cónyuge                      | <input type="checkbox"/> | Hijo Inválido    |
|            | <input type="checkbox"/> | Compañero (a)                | <input type="checkbox"/> | Padres           |
|            | <input type="checkbox"/> | Hijos Menores                | <input type="checkbox"/> | Hermano Inválido |
|            | <input type="checkbox"/> | Hijos Estudiantes 18-25 años | <input type="checkbox"/> | Otro: _____      |

### Información Personal Beneficiario 2

|                           |   |                    |   |
|---------------------------|---|--------------------|---|
| Tipo de Documento         | <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P   | Documento          |   |
| Fecha de Nacimiento       | <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A | Sexo               | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Primer Nombre             |   | Segundo Nombre     |   |
| Primer Apellido           |   | Segundo Apellido   |   |
| Dirección Correspondencia |   | Correo Electrónico |   |
| Departamento Residencia   |   | Ciudad Residencia  |   |
| Barrio Residencia         |   | Teléfono           |   |
| Celular                   |   |                    |   |

  

|            |                          |                              |                          |                  |
|------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------|
| Parentesco | <input type="checkbox"/> | Cónyuge                      | <input type="checkbox"/> | Hijo Inválido    |
|            | <input type="checkbox"/> | Compañero (a)                | <input type="checkbox"/> | Padres           |
|            | <input type="checkbox"/> | Hijos Menores                | <input type="checkbox"/> | Hermano Inválido |
|            | <input type="checkbox"/> | Hijos Estudiantes 18-25 años | <input type="checkbox"/> | Otro: _____      |

### Información Personal Beneficiario 3

|                           |   |                    |   |
|---------------------------|---|--------------------|---|
| Tipo de Documento         | <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P   | Documento          |   |
| Fecha de Nacimiento       | <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A | Sexo               | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Primer Nombre             |   | Segundo Nombre     |   |
| Primer Apellido           |   | Segundo Apellido   |   |
| Dirección Correspondencia |   | Correo Electrónico |   |
| Departamento Residencia   |   | Ciudad Residencia  |   |
| Barrio Residencia         |   | Teléfono           |   |
| Celular                   |   |                    |   |

  

|            |                          |                              |                          |                  |
|------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------|
| Parentesco | <input type="checkbox"/> | Cónyuge                      | <input type="checkbox"/> | Hijo Inválido    |
|            | <input type="checkbox"/> | Compañero (a)                | <input type="checkbox"/> | Padres           |
|            | <input type="checkbox"/> | Hijos Menores                | <input type="checkbox"/> | Hermano Inválido |
|            | <input type="checkbox"/> | Hijos Estudiantes 18-25 años | <input type="checkbox"/> | Otro: _____      |

**Información Apoderado**

|                                   |   |                    |
|-----------------------------------|---|--------------------|
| Tipo de Documento                 | <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P |                    |
| Primer Nombre                     |   | Segundo Nombre     |
| Primer Apellido                   |   | Segundo Apellido   |
| Dirección Correspondencia         |   | Correo Electrónico |
| Departamento Residencia           |   | Ciudad Residencia  |
| Barrio Residencia                 |   | Teléfono           |
| Celular                           |   |                    |
| Tarjeta Profesional / Provisional |   |                    |

**Información Tercero Solicitante**

|                                   |   |                    |
|-----------------------------------|---|--------------------|
| Tipo de Documento                 | <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> P |                    |
| Primer Nombre                     |   | Segundo Nombre     |
| Primer Apellido                   |   | Segundo Apellido   |
| Dirección Correspondencia         |   | Correo Electrónico |
| Departamento Residencia           |   | Ciudad Residencia  |
| Barrio Residencia                 |   | Teléfono           |
| Celular                           |   |                    |
| Tarjeta Profesional / Provisional |   |                    |
| Tipo de Tercero                   | <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Tercero Autorizado <input type="checkbox"/> Representante Legal                 |                    |
| Razón Social                      |   | NIT                |

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

N° Documento: \_\_\_\_\_

- AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN.** El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable al FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP, 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 FONCEP, 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 el FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP.
- AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN.** El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que el FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP, 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 FONCEP, ante las entidades u organismos pertinentes.
- La información obtenida solo será usada para efectos propios del FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP.

**AUTORIZACIÓN MODO DE PAGO****Señores****Fondo de Prestaciones Económicas Cesantías y Pensiones - FONCEP****Ciudad**Yo Identificado(a) con documento C.C. C.E. Número: 

Autorizo al Fondo de prestaciones Económicas Cesantías y Pensiones - FONCEP para realizar la gestión del pago de mi solicitud en caso que fuese concedida por medio de:

Pago por Ventanilla:

Banco Popular.

O abono a cuenta bancaria tipo Pensión con pre apertura a:

Bancolombia.

Para esta opción, es necesario que una vez FONCEP realice la pre apertura de la cuenta Bancolombia y sea consignado los valores Respectivos de la solicitud pensional, se debe realizar la legalización de esta en cualquiera de las oficinas de la Entidad en Servicio al Cliente, solo presentando la Cédula y la Resolución.

Autorizo también al FONCEP a realizar la gestión de cancelación y/o devolución de los aportes consignados por la misma, en la cuenta de pre apertura en el caso Errores de la Entidad o por una inactividad mayor de 3 meses.

Manifiesto que entiendo el riesgo que incurro si realizo los retiros de dinero por ventanilla.

Atentamente:

---

**Firma Solicitante  
Identificado No.****HUELLA  
ÍNDICE DERECHO**

**Tipo de Solicitud:** Marque con una X sobre la casilla del número que corresponda a su solicitud **“SOLO DEBE MARCAR UNA DE LAS OPCIONES”**, si es Pensión de Vejez marque 1, si es Auxilio Funerario marque 2, si es Pensión de Sobreviviente marque 3, si es Pensión de Invalidez marque 4, si es Indemnización Sustitutiva a Pensión de Invalidez marque 5, si es Indemnización Sustitutiva a Pensión de Sobrevivientes marque 6, si es Indemnización Sustitutiva de Vejez marque 7, si es una Pensión de Jubilación por Aportes marque 8, si es Pago Único de Herederos marque 9 y si es una Sustitución Provisional de Pensionados a Beneficiarios marque 10.

**Tipo de Instancia:** Marque con una X sobre la casilla del número que corresponda a su solicitud **“SOLO DEBE MARCAR UNA DE LAS OPCIONES”**, si es un Nuevo Estudio marque 1, si es Revocatoria Directa marque 2, si es Aclaratoria marque 3 y si es un Recurso de Reposición marque 4.

**Tipo:** Marque con una X sobre la casilla del número que corresponda su solicitud **“SOLO DEBE MARCAR UNA DE LAS OPCIONES”**, si es un Reconocimiento marcar 1, si es una Reliquidación marcar 2.

#### **Información Causante y/o Titular Original del Derecho:**

**Tipo de Documento:** Marque con una X sobre la casilla que corresponda su tipo de documento (Cédula de Ciudadanía - CC; Cédula de Extranjería - CE, Documento Extranjero - F, Tarjeta de Identidad - TI y Pasaporte - P).

**Documento:** Diligencie el número de documento.

**Fecha de Nacimiento:** Diligencie la fecha del causante en el siguiente orden DÍA-MES-AÑO (DD-MM-YYYY).

**Sexo (Género):** si es Femenino (F), si es Masculino (M).

Diligencie los datos completos de Primer Nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido.

Diligencie los campos claros de Dirección Correspondencia, Correo Electrónico, Departamento Residencia, Ciudad Residencia, Barrio Residencia, Teléfono y Celular.

#### **Información Personal Solicitante / Beneficiario 1,2 y 3:**

**Tipo de Documento:** Marque con una X sobre la casilla que corresponda su tipo de documento (Cédula de Ciudadanía - CC; Cédula de Extranjería - CE, Documento Extranjero - F, Tarjeta de Identidad - TI y Pasaporte - P).

**Documento:** Diligencie el número de documento.

**Fecha de Nacimiento:** Diligencie la fecha del causante en el siguiente orden DÍA-MES-AÑO (DD-MM-YYYY).

**Sexo (Género):** si es Femenino (F), si es Masculino (M).

Diligencie los datos completos de Primer Nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido.

Diligencie los campos claros de Dirección Correspondencia, Correo Electrónico, Departamento Residencia, Ciudad Residencia, Barrio Residencia, Teléfono y Celular.

**Parentesco:** Marque con una X sobre la casilla el parentesco con el causante: Para Cónyuge - 1, para Compañero (a) Permanente - 2, para Hijos Menores - 3, para Hijos Estudiantes 18-25 años - 4, para Hijo Inválido - 5, para Padres - 6, para Hermano Inválido - 7 y para Otros - 8 (Exclusivo para Auxilio Funerario).

#### **Información Apoderado o Tercero Autorizado:**

**Tipo de Documento:** Marque con una X sobre la casilla que corresponda su tipo de documento (Cédula de Ciudadanía - CC; Cédula de Extranjería - CE, Documento Extranjero - F, Tarjeta de Identidad - TI y Pasaporte - P).

**Documento:** Diligencie el número de documento.

Diligencie los datos completos de Primer Nombre, Segundo Nombre, Primer Apellido, Segundo Apellido.

Diligencie los campos claros de Dirección Correspondencia, Correo Electrónico, Departamento Residencia, Ciudad Residencia, Barrio Residencia, Teléfono, Celular y Tarjeta Profesional / Provisional.

**Tipo de Tercero:** Marque con una X sobre la casilla que corresponda al tipo de tercero que representa: Curador- 1, Tercero Autorizado - 2 y Representante Legal - 3.

**Razón Social:** Este campo se llena siempre y cuando el Tercero es un Representante Legal y se escribe el nombre de la empresa NIT: Ingrese el número de la identificación de la empresa que representa.