



Tipo de documento CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ RC ☐ T ☐	Número de documento 	Fecha de nacimiento Año Mes Día	Sexo M ☐ F ☐
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	



Dirección Correspondencia		
Parentesco Cónyuge ☐ Compañero (a) ☐ Hijos menores ☐ Hijos estudiantes 18-25 ☐ Hijo inválido ☐ Padres ☐ Hermano ☐ Otro ☐		
Ciudad / Municipio	Barrio	Departamento
Teléfono	Celular	Fax
Correo electrónico		Autorizo Notificación por medio electrónico Si ☐ No ☐

IV. 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		Autorizo notificación por medio electrónico Si ☐ No ☐

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		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 OFICINA DE PENSIONES – GOBERNACION DEL MAGDALENA, 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 OFICINA DE PENSIONES, asícomo 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 OFICINA DE PENSIONES.

2. **AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN.** El afiliado / ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la OFICINA DE PENSIONES – GOBERNACION DEL MAGDALENA, 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 OFICINA DE PENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes.

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la OFICINA DE PENSIONES – GOBERNACION DEL MAGDALENA.

Firma	CC de
------------------	------------------



Este Formato **ÚNICO** para radicar solicitudes de prestaciones económicas deberá estar acompañado por los respectivos documentos soporte

TIPOS DE SOLICITUD

Marque con una X: Reliquidación - 2 si su solicitud corresponde a alguna de las instancias contenidas en el FORMATO - INSTANCIAS (Recurso de Reposición, Recurso de Apelación, Revocatoria Directa, Recurso de Queja ó Nuevo Estudio).

INFORMACIÓN PERSONAL DEL CAUSANTE Y/O TITULAR ORIGINAL DEL DERECHO CAUSANTE SE REFIERE AL AFILIADO VIVO (P. DE VEJEZ E INVALIDEZ) O MUERTO (P.DE SOBREVIVIENTES, SUSTITUCIÓN O AUX. FUNERARIO)

Marque con una X el tipo de documento del Causante del derecho: Para Identidad - TI, Para Pasaporte P. cédula de Ciudadanía - C.C., para Cédula de Extranjería - C.E., para Documento Extranjero - F, Para Tarjeta de Número de documento: Diligencie los campos numéricos.

Fecha de Nacimiento: diligencie en el siguiente orden: año, mes día (aaaa/mm/dd).

Sexo (género): Si es Femenino - F, Si es Masculino - M.

Diligencie los datos correspondientes al nombre Completo. Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre.

Diligencie los campos de Dirección de Correspondencia, Barrio, Ciudad/Municipio y Departamento: (Registre la dirección a la cual usted desea que La Oficina De Pensiones Del Magdalena le envíe la correspondencia) Diligencie al menos uno de los campos:

Números telefónicos Fijo, Celular (campos numéricos).

Autorizo notificación por medios electrónicos SI o NO. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el campo correo Electrónico.

INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIOS 1.2 Y 3

Esta información debe ser diligenciada **ÚNICAMENTE** para los trámites por el Riesgo de **MUERTE**.

Marque con una X el tipo de documento del solicitante beneficiario: Para cédula de Ciudadanía - C.C., para Cédula de Extranjería - C.E., para Documento Extranjero -F, Para Pasaporte - P. Para Registro Civil de Nacimiento - RC. Para Tarjeta de Identidad - TI.

Número de documento: Diligencie los campos numéricos.

Fecha de Nacimiento: diligencie en el siguiente orden: año, mes día (aaaa/mm/dd).

Sexo (género): Si es Femenino - F, Si es Masculino - M.

Diligencie los datos correspondientes al nombre Completo. Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre.

Diligencie los campos de Dirección de Correspondencia, Barrio, Ciudad/Municipio y Departamento: (registre la dirección a la cual usted desea que Oficina de Pensiones le envíe la correspondencia) Diligencie al menos uno de los campos:

Números telefónicos Fijo, Celular y Fax (campos numéricos).

Parentesco: Marque con una X el parentesco con el causante: Para cónyuge - 1, para compañero (a) permanente -2, para hijos menores -3, para hijos estudiantes entre 18 y 25 años - 4, para Hijo Inválido-5, para padres -6, para hermano invalido -7 y para Otro – 8 (exclusivo para solicitud de Auxilio Funerario).

Autorizo notificación por medios electrónicos SI o NO. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el campo correo Electrónico.

INFORMACIÓN PERSONAL DEL APODERADO

Marque con una X el tipo de documento del Apoderado: Para cédula de Ciudadanía - C.C., para Cédula de Extranjería - C.E.

Número de documento: Diligencie los campos numéricos.

Número de Tarjeta Profesional / Provisional: Diligencie los campos numéricos.

Diligencie los datos correspondientes al nombre Completo. Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre.

Diligencie los campos de Dirección de Correspondencia, Barrio, Ciudad/Municipio y Departamento: (registre la dirección a la cual usted desea que Oficina de Pensiones le envíe la correspondencia) Diligencie al menos uno de los campos:

Números telefónicos Fijo, Celular y Fax (campos numéricos).

Autorizo notificación por medios electrónicos SI o NO. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el Campo correo Electrónico.