

 Defensa 	FORMATO SOLICITUD RECONOCIMIENTO PRESTACIONES POR DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL (Indemnización y Pensión de Invalidez)	Página 1 de 1 Código: GV-F-027 Versión: 3 Vigente a partir de: 04 de julio de 2024
---	---	---

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**

ESCUDO

(FUERZA)

Formato No. 2

Ciudad y fecha _____

Unidad o repartición Militar: _____

Señor

JEFE DE DESARROLLO HUMANO (O QUIEN HAGA SUS VECES)

Bogotá, D.C.

Yo _____ identificado (a) con la c.c. No. _____, solicito se sirva ordenar a quien corresponda, el reconocimiento y pago de las prestaciones a que tengo derecho por disminución de la capacidad laboral, de acuerdo con el acta de junta médica laboral y/o Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía.

Para tal efecto, en pleno uso de mis facultades y bajo la gravedad del juramento, certifico (marcar con una x):

Está retirado de la Institución

SI NO

Está sindicado de la comisión de delitos contra el patrimonio del Estado

SI NO

Tiene embargos por alimentos

SI NO

Devenga pensión u otro ingreso del Estado

SI NO

En caso de cumplir requisitos para pensión de invalidez, solicito la conformación del expediente y remisión al Grupo y/o dependencia correspondiente.

Así mismo, manifiesto que mi dirección actual es

Ciudad _____ Departamento _____ Teléfono _____

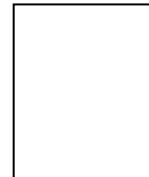
Correo _____ Electrónico _____

Autorizo al Grupo Prestaciones Sociales del _____ para ser notificado de los actos administrativos que se deriven de mi solicitud a través de correo electrónico. SI _____ NO _____

Así mismo autorizo que los dineros reconocidos sean consignados a:

- A. Mi cuenta bancaria de nómina registrada en el SIATH SI _____ NO _____
- B. Otra cuenta bancaria a mi nombre, tipo cuenta _____ No. _____ Entidad Bancaria _____ (anexar certificación bancaria original y formato diligenciado registro SIIIF)
- C. Cuenta bancaria de un tercero, tipo cuenta _____ No. _____ Entidad Bancaria _____ nombre _____ del _____ titular _____ No. C.C. _____ (anexar certificación bancaria original fotocopia cédula de ciudadanía y formato diligenciado registro SIIIF)

FIRMA: _____



HUELLA DACTILAR
ÍNDICE DRECHO

"Declaro que he sido informado que la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional es responsable del tratamiento de mis datos personales obtenidos a través del diligenciamiento de los diferentes formatos físicos, formularios o registros dispuestos en los sistemas informáticos, para el cumplimiento a su misión institucional, ejercer las actividades propias de las funciones de la entidad dando cumplimiento en los términos de la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, la Ley 1266 de 2008, los capítulos 25 y 26 del Decreto 1074 de 2015. De conformidad con lo previsto en las normas sobre protección de datos personales, especialmente lo consagrado en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, entiendo que la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional 1) no requiere autorización del titular cuando recolecta datos en el ejercicio de sus funciones; 2) puede realizar el tratamiento de mis datos personales consignados en este formato o sistema informático y 3) puede compartir información que contenga datos personales con otras entidades públicas o administrativas en ejercicio de sus funciones legales o por orden judicial, dando cumplimiento a los requisitos y condiciones establecidas en la Ley y la jurisprudencia para acceder a los mismos".