

	FORMATO	Código: PS-F-002
	SOLICITUD RECONOCIMIENTO PENSIÓN DE JUBILACIÓN	Versión: 1
		Vigente a partir de: 13 de enero de 2025

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
(FUERZA)**

Formato No. 6

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. _____, retirado el día _____ por (causal) _____ en el grado de _____ cuando era orgánico de _____, por medio del presente, solicito se sirva ordenar a quien corresponda, el reconocimiento y pago de pensión mensual de jubilación.

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	☐
Si es personal de la salud o docente, presta sus servicios a otra entidad:	SI	☐	NO	☐

Si contestó SI indique número de horas a otra entidad del estado: _____ Horas semanales

Pensión de Jubilación por: TIEMPO CONTINUO ____ TIEMPO DISCONTINUO ____ POR APORTES ____

Para tiempo discontinuo, en pleno uso de mis facultades y bajo la gravedad del juramento certifico que he prestado servicio en las siguientes entidades del Estado:

1. _____ lapso del _____ al _____
2. _____ lapso del _____ al _____

Para aportes, en pleno uso de mis facultades y bajo la gravedad del juramento certifico que realicé aportes en Cajas de Previsión Social o los que hagan sus veces, o en el Instituto del Seguro Social hoy Colpensiones:

_____ Lapso del _____ al _____

En caso de cumplir requisitos para pensión de jubilación y pensión de Invalidez opta por:

Pensión de Jubilación _____ Pensión de Invalidez _____

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. Cuenta _____ Entidad Bancaria _____ (anexar certificación bancaria original y formato diligenciado registro SIIF)

FIRMA _____



HUELLA DACTILAR
ÍNDICE DERECHO