



DIVRI

DIRECCIÓN DE  
VETERANOS Y  
REHABILITACIÓN  
INCLUSIVA**SOLICITUD RECONOCIMIENTO  
PENSIÓN DE VEJEZ****FORMATO**

Código: PS-F-004

Versión: 2

Vigente a partir de: 25 de noviembre de 2025

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA****(FUERZA)  
Formato No. 8****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. \_\_\_\_\_ nacido el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ 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 vejez.

**Para tal efecto, en pleno uso de mis facultades y bajo la gravedad del juramento, certificó (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** **Tiene recursos para su congrua subsistencia:****SI**  **NO** **Si es personal de 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**

Así mismo, manifiesto que mi dirección actual es \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

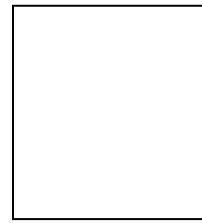
Correo Electrónico \_\_\_\_\_

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).
- C. Cuenta bancaria de un tercero tipo cuenta \_\_\_\_\_ No. Cuenta \_\_\_\_\_ Entidad Bancaria \_\_\_\_\_ nombre del titular \_\_\_\_\_ No. C.C. \_\_\_\_\_ (anexar certificación bancaria original fotocopia cédula de ciudadanía y formato diligenciado registro SIIF)

FIRMA: \_\_\_\_\_

**HUELLA DACTILAR  
INDICE DERECHO**

"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".