


<div><div><div>DIVRI</div><div>DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA</div></div></div>	FORMATO	Código: PS-F-004
	SOLICITUD RECONOCIMIENTO PENSIÓN DE VEJEZ	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, certifiqué (marcar con una x):

Está retirado de la institución:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Está sindicado de la comisión de delitos contra el patrimonio del Estado :	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tiene embargos por alimentos:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Devenga pensión u otro ingreso del Estado:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tiene recursos para su congrua subsistencia:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Si es personal de salud o docente presta sus servicios a otra entidad:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

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

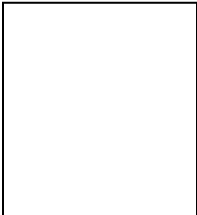
Así mismo, manifiesto que mi dirección actual es _____
Ciudad _____ Departamento _____ Teléfono _____
Correo Electrónico _____

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".