


<div><div><div>DIVRI</div><div>DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA</div></div></div>	FORMATO	Código: PS-F-003
	SOLICITUD PARA EL TRÁMITE DE SUSTITUCIÓN PENSIONAL o PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES	Versión: 2
		Vigente a partir de: 25 de noviembre de 2025

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
Formato No. 7

Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_

Grupo Prestaciones Sociales del Ministerio de Defensa Nacional ☐ Caja de Retiro de las Fuerzas Militares ☐.

1. Tipo de prestación devengada o causada

Pensión de Invalidez ☐ Pensión de Jubilación ☐ Asignación de Retiro ☐ . Pensión de sobrevivientes .

2. Calidad en la que concurre

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, actuando en mi condición de: (marque con una x según el caso)

Esposa (o) sobreviviente ☐ compañera (o) permanente ☐ hijo (s) mayores de 18 años ☐.

Hijo(s) inválido ☐ padre ☐ madre ☐ hermano (s) menor de 18 años ☐.

Hermano (s) mayor de 18 años con discapacidad ☐ Representante Legal ☐.

En representación de (diligencie este espacio, sólo en el evento que concorra como representante Legal) \_\_\_\_\_, identificada con \_\_\_\_\_.

Me permito solicitar su intervención, a efectos que se ordene a quien corresponda, se surtan los trámites tendientes al reconocimiento de la sustitución pensional ☐ pensión de sobrevivientes ☐ con ocasión al fallecimiento del señor (a) \_\_\_\_\_, quien se identificaba con la cédula de ciudadanía no. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, fallecido el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_.

3. Relación de documentos que anexa para sustitución pensional o pensión de sobrevivientes

1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
5.	_____
6.	_____
7.	_____

4. Datos de contacto peticionario

FIRMA	_____
DIRECCIÓN	_____
DEPARTAMENTO	_____ CIUDAD
TELÉFONOS	_____
Autorizo la notificación por correo electrónico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> a la siguiente dirección Email _____	
<div>HUELLA DACTILAR ÍNDICE DERECHO</div>	

DOCUMENTOS QUE DEBEN SER APORTADOS POR LOS INTERESADOS

SOLICITANTE	DOCUMENTO	ESPECIFICACIONES
PARA TODOS LOS CASOS	Certificación bancaria	En original no mayor a treinta (30) días.
	Formato No 7	Debidamente diligenciado.
	Registro Civil de Defunción del causante	Copia autentica expedida por autoridad competente.
	Fotocopia legible de la cedula de ciudadanía del causante	Requiere autenticación.
	Fotocopia legible del documento de identificación de los peticionarios	- Copia legible y ampliada de los documentos de identidad. - Cédula de ciudadanía de los peticionarios mayores de edad o constancia de la Registraduría Nacional del Estado Civil - Tarjeta de identidad de los peticionarios mayores de 7 años y menores de 18 años o constancia de la Registraduría Nacional del Estado Civil.
CÓNYUGE	Registro Civil de Matrimonio	Copia autentica con notas marginales
	Registro Civil de Nacimiento del cónyuge del causante	Copia autentica con notas marginales
	Declaración Juramentada	Original rendido ante autoridad competente, en la cual indique el tiempo de convivencia con el causante, señalando fecha de inicio y terminación de la misma
COMPAÑERA(O) PERMANENTE	Acreditación de la calidad de compañera(o) permanente de conformidad a lo establecido en el artículo 2 de la Ley 979 de 2005 o normar que modifiquen o adicionen	Copia legible autentica.
	Registro civil de nacimiento de la compañera(o) permanente y del causante	Copia autentica con notas marginales.
	Declaración juramentada	Original rendido ante autoridad competente, en la cual indique Estado Civil y el tiempo de convivencia con el causante, señalando fecha de inicio y terminación de la misma
HIJOS	Registro Civil de Nacimiento	Copia autentica con parte genérica y especifica donde se acredite el parentesco
	Certificado de Estudios	Si la reclamación se hace en calidad de hijos mayores de 18 años y menores de 25 años, en original, indicando la intensidad horaria (mínimo 20 horas semanales).
	Declaración Juramentada	Si la reclamación se hace en calidad de hijos mayores de 18 años y menores de 25 años e hijos inválidos e interdictos, original, rendida ante autoridad competente, donde se manifieste la dependencia económica y Estado Civil.
	Acta de Junta Medica Laboral	Si la reclamación se hace en calidad de hijo invalido. Expedida por la autoridad competente o las Juntas de Clasificación de Invalidez Regionales y Nacional debidamente ejecutoriada, que conste el porcentaje de disminución de la capacidad laboral, clase o tipo de invalidez y la fecha de estructuración de invalidez.
	Sentencia	Si la reclamación se hace en calidad de hijo invalido absoluto y declarado interdicto, copia autentica de la sentencia proferida por autoridad competente debidamente ejecutoriada y el acta de posesión del curador
	Sentencia Proceso de Curaduría o copia Auto de Designación Provisional Curador mientras se profiere la sentencia.	Si los reclamantes son los hijos y son menores de edad y no tienen representante legal (madre o padre), en copia autentica.
	Copia del Auto de Discernimiento del cargo	
PADRES	Registro Civil de Nacimiento del Causante	Copia autentica con parte genérica y especifica
	Declaración Juramentada	Copia autentica ante autoridad competente, donde se manifieste lo siguiente:
		a) Si el causante dejó hijos reconocidos
		b) Si dependían económicamente del causante
		c) Señalando el estado civil de éste y si dejó hijos menores de 18 años o estudiantes hasta los 25 años

**Nota:** cuando se expidan documentos en el extranjero, deben ser traducidos al idioma español y reiterado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de conformidad en lo previsto en la Resolución No.7144 "Por la cual se adopta el procedimiento para apostillar y/o legalizar documentos"

Tratándose de convivencia entre cónyuge o compañera permanente, así como, dependencia económica de padres, hermanos e hijos mayores de 18 años respecto del causante, se deberán aportar todas las pruebas que se pretendan hacer valer.

Si la documentación va dirigida al Grupo de Prestaciones Sociales de la dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional, ese se deberá radicar en la Calle 21 #44-40, si es para la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares en la Carrera 13 No. 27-00 mezanine piso 2 Edificio Bochica en Bogotá, D. C.

"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".