

	FORMATO	Código: PS- F- 001
	SOLICITUD RECONOCIMIENTO Y PAGO DEL REAJUSTE PENSIONAL PREVISTO EN EL DECRETO 1439 DEL 29 DE NOVIEMBRE DE 2024.	Versión No: 1 Vigente a partir de 5 de diciembre de 2024

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

**SOLICITUD RECONOCIMIENTO Y PAGO DEL REAJUSTE PENSIONAL PREVISTO EN EL
DECRETO 1439 DEL 29 DE NOVIEMBRE DE 2024
(Pensión de Invalidez)**

Ciudad y fecha _____

Señores

GRUPO PRESTACIONES SOCIALES DE LA DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Bogotá, D.C.

Yo _____ identificado (a) con la c.c. No. _____, pensionado por invalidez, solicito se sirva ordenar a quien corresponda, el reconocimiento y pago del reajuste pensional previsto en el Decreto 1439 del 29 de noviembre de 2024.

Así mismo, manifiesto que mis datos de contacto son los siguientes:

Dirección: _____.

Ciudad: _____ Departamento: _____

Teléfono: _____. Correo Electrónico: _____.

Autorizo al Grupo Prestaciones Sociales de la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional para ser notificado de los actos administrativos que se deriven de mi solicitud a través de correo electrónico. SÍ _____ NO _____



FIRMA: _____

HUELLA DACTILAR
ÍNDICE

DERECHO

NOTA: La presente solicitud se resolverá en un término no mayor a cuatro (4) meses.

El referido trámite administrativo es gratuito y no se requiere estar representado por un abogado o tercera persona para reclamar el reajuste pensional.