

 REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL CAJANAL E.I.C.E.	SOLICITUD DE SUSTITUCION PENSIONAL		Y/O	CODIGOS			No. DE RADICACION			No. DE RESOLUCION		
	JUBILACION <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/>		VEJEZ <input type="checkbox"/> AUXILIO FUNERARIO <input type="checkbox"/>		SECCIONAL <input type="checkbox"/>	PRESTACION <input type="checkbox"/>	REGIMEN <input type="checkbox"/>	DIA	MES	AÑO	DIA	MES

DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE(S):	C.C. No.: DE :	PARENTESCO:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
------------------	-------------------	------------	-------------------	-------------	--

DATOS DEL CAUSANTE

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE(S):	C.C. No.: DE :	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA DE DEFUNCION DIA MES AÑO ____/____/____
------------------	-------------------	------------	-------------------	--	---

No. de Resolución de Pensión: _____	Fecha de Efectos Fiscale: ____/____/____ Ultimo mes cobrado: Mes ____ Año: ____	Ultima Entidad:
Año de la Resolución: _____	Total Pensión: \$ _____ Total Gastos Funerarios: \$ _____	Ultimo Cargo:

COD	DOCUMENTOS PRESENTADOS	FOLIOS	BENEFICIARIOS DE LA SUSTITUCION				FECHA DE NACIMIENTO HIJOS MENORES			
			NOMBRE(S)	CAUSAL DEL BENEFICIO	%	COD	DIA	MES	AÑO	
A. PARA SUSTITUCION PENSIONAL										
01	FORMULARIO DE SOLICITUD									
02	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO									
03	CERTIFICADO DE TIEMPO DE SERVICIOS									
04	CERTIFICADO DE SUELDO Y FACTORES SALARIALES									
05	DECLARACION DE DOS (2) TESTIGOS									
11	COPIA ULTIMA DECLARACION O CERTIFICADO RENTA CAUSANTE									
13	REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION DEL CAUSANTE									
14	REGISTRO CIVIL O PARTIDA DE MATRIMONIO									
16	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO HIJOS MENORES DE EDAD									
17	CERTIFICADO DE ESCOLARIDAD O INVALIDEZ HIJOS MAYORES									
18	REGISTRO CIVIL O PARTIDA DE NACIMIENTO HNOS. CAUSANTE									
19	PRUEBAS SUPLETORIAS									
30	FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA DEL SOLICITANTE									
31	MEMORIAL DESIGNADO BENEFICIARIO (LEY 44/80)									
B. PARA AUXILIO FUNERARIO			DECLARO QUE TODA LA INFORMACION Y DOCUMENTACION SUMINISTRADA CORRESPONDE ESTRICTAMENTE A LA VERDAD. CUALQUIER INEXACTITUD ME HARA ACREEDOR A LAS SANCIONES PERTINENTES							
01	FORMULARIO DE SOLICITUD		FECHA DE PRESENTACION:		LUGAR		FIRMA DEL SOLICITANTE			
13	REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION DEL CAUSANTE		DIA MES AÑO		_____					
21	FACTURA DE GASTOS FUNERARIOS		____/____/____		_____					
30	FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA DEL SOLICITANTE									
32	OTROS									

DIRECCION DONDE DESEA RECIBIR LA CORRESPONDENCIA:	TELEFONOS:	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:
---	------------	---------------	------------

RECLAME ESTE DESPRENDIBLE DEBIDAMENTE FIRMADO.

NOMBRE DEL SOLICITANTE:	C.C. No.:	Número de Radicación:	Fecha Radicación:	Folios:	Solicitud Completa: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de Prestación:
-------------------------	-----------	-----------------------	-------------------	---------	--	---------------------