



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
CAJANAL E.I.C.E.

### SOLICITUDES CAJANAL E.I.C.E.

GRACIA  INVALIDEZ   
VEJEZ  RELIQUIDACION

#### CODIGOS

SECCIONAL PRESTACION REGIMEN

No. DE RADICACION

No. DE RESOLUCION

DIA MES AÑO

DIA MES AÑO

### DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: NOMBRE(S): C.C. No.: FECHA DE NACIMIENTO: Edad: SEXO: M  F

TIPO DE PRESTACION: Nro. Y FECHA DE RESOLUCION: FECHA DE EFECTIVIDAD:: ULTIMO CARGO DESEMPEÑADO: ULTIMA ENTIDAD DONDE LABORO O LABORA:

### DOCUMENTOS PRESENTADOS

CD	PENSION VEJEZ (En régimen de transición)	No. de folios	CD	PENSION GRACIA	No. de folios	CD	RELIQUIDACION	No. de folios	CD	PENSION INVALIDEZ	No. de folios
01	FORMULARIO SOLICITUD		01	FORMULARIO SOLICITUD		01	FORMULARIO SOLICITUD		01	FORMULARIO SOLICITUD	
02	FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA		02	FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA		02	FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA		02	FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA	
03	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO		03	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO		03	CERTIFICADO TIEMPO DE SERVICIO		03	CONCEPTO MEDICO DE INVALIDEZ	
04	CERTIFICADO TIEMPO DE SERVICIO		04	CERTIFICADO TIEMPO DE SERVICIO		04	CERTIFICADO SALARIOS (De lo aportado para la pensión en adelante)		04	CERTIFICADO TIEMPO DE SERVICIOS	
05	CERTIFICADO SEMANAS COTIZADAS ISS		05	CERTIFICADO SALARIOS (Año inmediatamente anterior al status)		05	ACTO ADMINISTRATIVO DE RETIRO		05	CERTIFICADO SEMANAS COTIZADAS	
06	CERTIFICADO SALARIOS (De Abril 1 1994 a la fecha)		06	MANIFESTACION JURADA DE BUENA CONDUCTA					06	CERTIFICADOS SALARIOS ULTIMOS 10 AÑOS O PROPORCIONAL TIEMPO SERVICIO	
			07	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA							

#### NOTA:

LOS DOCUMENTOS SE DEBEN PRESENTAR EN ORIGINAL O FOTOCOPIA AUTENTICADA, EL TIEMPO DE SERVICIO LO DEBE EXPEDIR EL JEFE DE PERSONAL Y LOS SALARIOS EL PAGADOR O QUIEN HAGA SUS VECES.

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE LA INFORMACION Y LA DOCUMENTACION ADJUNTA ES VERAZ Y AUTENTICA Y LA FIRMA QUE SUSCRIBO ES LA QUE UTILIZO TANTO EN MIS ACTOS PUBLICOS COMO PRIVADOS

FECHA DE PRESENTACION  
Día Mes Año  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

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  No  Tipo de Prestación: