

## AUTORIZACIÓN DE TRASLADO A LA MODALIDAD DE RENTA VITALICIA

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Ciudad DD / MM / AAAA

\_\_\_\_\_  
Cédula del Afiliado

Señores  
**COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS**  
Bogotá, D.C.

Por medio del presente yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en calidad de **(Marcar con una X)**: **Nota: se puede indicar más de una calidad, en los casos de pensión de sobrevivencia.**

PENSIONADO(A)

BENEFICIARIO(A)

REPRESENTANTE LEGAL DE: \_\_\_\_\_,  
**Nombre de los beneficiario(s)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de los beneficiario(s)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de los beneficiario(s)**

1. He sido beneficiario de un reconocimiento de pensión de **(Marcar con una X)**

VEJEZ

INVALIDEZ

SOBREVIVENCIA

2. **COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS** me ha explicado con claridad y suficiencia todos los derechos y obligaciones, consecuencias y responsabilidades que me corresponden al momento de ejercer libremente mi derecho a escoger pensionarme bajo cualquiera de las modalidades de pensión que hoy día se establecen en la legislación vigente.

3. Que libremente he escogido el pago de mi pensión bajo la modalidad de Renta Vitalicia, una vez recibida la debida asesoría por parte de **COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS**.

4. Que **COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS** ha procedido a cumplir con mi solicitud de escogencia de modalidad de pensión y por tal razón, ha procedido a solicitar cotizaciones a todas las aseguradoras con el ramo de seguros de vida y previsional correspondiente, de conformidad con la normatividad aplicable.

Los espacios marcados con el asterisco (\*) son de carácter obligatorio; los demás, son opcionales:

Dirección Actual:\* \_\_\_\_\_

Ciudad – Departamento:\* \_\_\_\_\_

Correo electrónico:\* \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo:\* \_\_\_\_\_

Teléfono Celular:\* \_\_\_\_\_

EPS Actual:\* \_\_\_\_\_

Caja de Compensación \_\_\_\_\_

**Banco:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Cuenta:** \_\_\_\_\_

**Número de Cuenta:** \_\_\_\_\_

**NOTA:** La información bancaria debe coincidir con la certificación radicada en el trámite de pensión, en caso de realizar cambio de su cuenta bancaria debe radicar la certificación de la misma.

**Espacio para ser diligenciado por Colfondos S.A**

Autorizo a Colfondos a trasladar el saldo de la cuenta pensional, a la aseguradora:

**NOTA: Esta información se diligenciará una vez se reconozca la pensión y/o se presente oferta por parte de alguna aseguradora.**

\_\_\_\_\_, Que será la encargada de administrar la pensión en la modalidad de RENTA VITALICIA a partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.  
DD / MM / AAAA

Cordialmente.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

C.C \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Indico que lo manifestado en esta declaración es verídico y acepto que Colfondos S.A no asume ninguna responsabilidad en caso de que haya habido error, falsedad, omisión o reticencia.**