Colpensiones

NIT: 900.336.004-7

BEPS
Beneficios Económicos Periódicos

FORMULARIO SOLICITUD DE DESISTIMIENTO DE DESTINACION DE RECURSOS BEPS

Distribución gratuita – Prohibida su venta

RADICACIÓN

Señores:
Gerencia Nacional de Administración de Incentivos
Vicepresidencia BEPS
COLPENSIONES
Ciudad

Yo

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

identificado(a) como aparece al pie de mi firma manifiesto que es mi voluntad desistir de la solicitud de destinación de recursos BEPS que había realizado, y deseo seguir ahorrado para mi vejez

Por lo anterior solicito que se interrumpa el trámite en curso y se realicen todas las labores tendientes a mantener abierta mi cuenta individual BEPS y me permita continuar aportando hasta que sea mi decisión realizar una nueva solicitud de destinación de recursos.

NOTIFICACIONES

Dirección de Residencia	Ciudad/Municipio	Departamento
Correo Electrónico	Celular	Teléfono Fijo

Atentamente,

Firma del solicitante

No. de documento:

Huella

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cadena s.a.

ESPACIO EXCLUSIVO DE COLPENSIONES

Nombre Completo del Gestor BEPS	Nombre del Evento, Punto u Oficina	Ciudad de solicitud	Fecha de Solicitud Día Mes Año

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTODE DEL FORMULARIO SOLICITUD DE DESISTIMIENTO DE DESTINACION DE RECURSOS BEPS

El formulario debe diligenciarse en letra imprenta mayúscula y legible, ti negra, sin borrones, ni tachones ni enmendaduras.

I. INFORMACION VINCULADO:
La siguiente información es obligatoria y debe ser registrada tal como aparece en la cédula de ciudadanía del vinculado:
Yo: Primer Apellido: (CAMPO OBLIGATORIO) Escriba el primer apellido del vinculado. Segundo Apellido: (CAMPO OBLIGATORIO) Escriba el segundo apellido del vinculado. Primer Nombre: (CAMPO OBLIGATORIO) Escriba el primer nombre del vinculado. Segundo Nombre: (CAMPO OBLIGATORIO) Escriba el segundo nombre del vinculado.
Identificado con Cédula de Ciudadanía No. : (CAMPO OBLIGATORIO) Escriba el número de identificación del vinculado al programa BEPS.

II. MOTIVO DEL DESISTIMIENTO DE LA DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS BEPS
El motivo por el cual tomo ésta decisión es porque: (CAMPO OBLIGATORIO) Escriba las razones por las cuales solicita el desistimiento de la destinación de recursos BEPS.

III. NOTIFICACIONES
La siguiente información es obligatoria y corresponde a los datos de contacto del vinculado al programa BEPS:
Dirección Residencia: (CAMPO OBLIGATORIO) Escriba la dirección completa donde el vinculado recibe su correspondencia.
Ciudad / Municipio: (CAMPO OBLIGATORIO) Escriba la ciudad o municipio de acuerdo con la dirección de residencia registrada.
Departamento: Escriba el departamento de acuerdo con la dirección de residencia registrada.
Teléfono Fijo: Escriba el número de teléfono fijo para contacto con el vinculado. Es obligatorio colocar un teléfono de contacto actualizado.
Celular: Escriba el número del teléfono celular del vinculado. Es obligatorio colocar un teléfono de contacto actualizado.
Correo electrónico: Escriba una dirección de correo electrónico válida para contacto con el vinculado.

IV. FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE
Firma del vinculado: (CAMPO OBLIGATORIO). Diligencie este espacio con la firma del vinculado y el número de cédula.
Huella del vinculado (CAMPO OBLIGATORIO) Diligencie este espacio poniendo la huella del solicitante de acuerdo al documento de identidad.

Mayor información en: www.beps.gov.co ; www.colpensiones.gov.co; Contact Center a Nivel Nacional 018000410777 y 4870300 en Bogotá

ORIGINAL - COLPENSIONES
COPIA - VINCULADO