

	FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TERCERO CON FACULTADES ESPECÍFICAS	CÓDIGO:	PSB-GDD-FMT-007
		VERSIÓN:	1
		FECHA:	12/06/20200

Señores:

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES

Ciudad

Yo _____

Identificado con tipo de documento _____ número de documento
_____ ciudad de expedición _____, autorizo a

_____ Identificado con tipo de documento _____ número
de documento _____ ciudad de expedición _____ en calidad de
tercero autorizado con el fin de adelantar la(s) actividad (es) y/o trámite(s) enunciados a continuación ante
la Administradora Colombiana de Pensiones – Colpensiones.

Descripción clara de la(s) actividad (es) y/o trámite(s) para los cuales se autoriza:

Igualmente, manifiesto que la persona identificada como tercero autorizado, actuará en mi nombre y representación ante la Administradora Colombiana de Pensiones – Colpensiones en las actividades y trámites indicados en este documento, y aseguro que los datos aquí suministrados son auténticos.

Cordialmente,

Firma solicitante y/o beneficiario

Tipo y No. de documento

Firma tercero autorizado

Tipo y No. de documento