

**CAJA DE RETIRO DE LAS FF.MM.**

**Solicitud de Pago de Prestaciones S.  
y/o Gastos de Personal del MDN  
constituídos en Acreedores Varios**

(espacio para el stiker)

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **FOTO No.** \_\_\_\_\_ **No. Acto Admin:** \_\_\_\_\_

**CONCEPTO:** Acreencias Constituídas (periodo superior a un año) **Fecha:** \_\_\_\_\_

**QUIEN COBRARÁ?**  El militar  El beneficiario  El apoderado  Representante legal

**DATOS DEL MILITAR (Diligenciar siempre estos campos)**

Nombre y Apellidos	Cédula de Ciudadanía	Grado

**DATOS DEL BENEFICIARIO(S)- FAMILIARES**

Nombre y Apellidos	Documento Identificación.						Parentesco
	C.C.	C.E.	T.I.	NIUP	P	Número	

**Información de Contacto MILITAR Ó BENEFICIARIO - FAMILIAR (Diligenciar siempre estos campos)**

Dirección Correspondencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 Ciudad / Depto \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

**DATOS DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre y Apellidos	Documento Identificación.			correo electrónico
	C.C.	C.E.	Número	


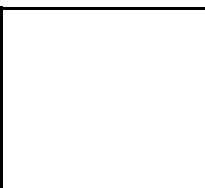
Dirección Correspondencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Ciudad / Departamento \_\_\_\_\_

**¿Qué MESES COBRARÁ?** \_\_\_\_\_

**NOTA:** El pago se efectuará ÚNICAMENTE mediante consignación en cuenta bancaria

Número de Cuenta \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta: Ahorro  Corriente  Titular de la Cuenta: \_\_\_\_\_

<b>FIRMA DEL SOLICITANTE</b> 	<b>HUELLA</b> 	<b>Confirmación de Supervivencia o cotejo de huella</b> Fecha: _____	Sello
		Nombre funcionario _____	
		Firma Funcionario _____	

**CAMPOS PARA SER DILIGENCIADOS SOLO POR CREMIL**

1. Presentación personal?  Si  No **Nombre y firma funcionario acreedores** \_\_\_\_\_

2. Cuenta Inscrita?:  Si  No No. Autorización Inscripción \_\_\_\_\_ Fecha Aprobación \_\_\_\_\_

3. Verificación Supervivencia \_\_\_\_\_

4. Confirmación datos solicitante Fecha \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

5. Funcionario que confirma: Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

6. OBSERVACIONES

**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO**

- \* **Cobro por.** Marque con una "X" el motivo por el cual se realiza el cobro. Si corresponden a una sustitución pensional escriba el número del acto administrativo y la fecha
- \* **Quien cobrará?** Marque con una "X" según sea el caso del solicitante.
- \* **Datos del Militar.** Diligencie los datos solicitados del militar para todos los casos
- \* **Datos del beneficiario(s).** Diligencie los datos solicitados por cada uno de los beneficiarios de quienes se va a realizar el cobro de los dineros constituidos  
Tipo de Documento (T.D). **C.C.=** Cédula de Ciudadanía, **C.E.=** Cédula Extranjería, **T.I.=** Tarjeta de identidad, **P=** Pasaporte, **NUIP=** para los menores de 7 años y se obtiene del Registro Civil de Naci.
- \* **Datos del Apoderado o Representante Legal.** Diligencie todos los datos según sea el caso

\* **Información de Contacto:** Es importante que proporcione los datos de teléfono, dirección, fax y correo electrónico a donde CREMIL pueda comunicarse con usted en caso de alguna novedad

	REQUISITOS	Militar	Beneficiario
*	Este Formulario debidamente diligenciado con reconocimiento de firma y huella ante	X	X
*	Fotocopia autenticada del documento de identidad legible y ampliada al 150%	X	X
*	Fotocopia autenticada de la libreta o cédula militar del militar	X	
*	Fotocopia del carnet de Sanidad u otro documento diferente al de identidad (cédula		X
*	Encontrarse registrado en el Sistema de Identificación Biométrica cuando se trate de	X	X
*	Certificado de Supervivencia vigente máxima de 1 mes	X	X
*	Poder autenticado conferido por el militar o beneficiario firmado por quien otorga y		
*	Certificación de tiempo de servicio si reside en Bogotá o fotocopia de la resolución	X	
*	Fotocopia del certificado judicial (NO SE ACEPTA LA RENOVACION POR	X	X
*	Fotocopia de resolución de reconocimiento como beneficiario de prestaciones		X
*	Original de Certificación de cuenta bancaria	X	X

**Nota:**

- A. Si la solicitud proviene fuera de Bogotá, todos los documentos deben estar autenticados ante notaría

**En caso de tener alguna inquietud para el diligenciamiento puede comunicarse al teléfono 353 73 00 ext 7334 o dirigirse al 3 piso Edificio Bachué - Carrera 10 No. 27 - 27**

**SIMULTANEAS**

MANO IZQUIERDA

MANO DERECHA