

	<b>FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA TERCERO CON FACULTADES ESPECÍFICAS</b>	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