



## FORMATO DE AUTORIZACION PARA MODIFICACION DEL ACTO ADMINISTRATIVO

### PENSIÓN DE SOBREVIVIENTE / SUSTITUCIÓN PENSIONAL

FECHA \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_

CAUSANTE \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ en nombre propio, y en representación de mis hijos cuyos nombres relaciono a continuación, en condición de beneficiarios de la pensión de sobrevivientes o sustitución pensional del asegurado \_\_\_\_\_, en forma libre y espontánea manifiesto que autorizo a la Administradora de Riesgos Profesionales POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a que en el evento en que se presenten a reclamar otros beneficiarios con igual derecho al que nos asiste, modifique parcialmente el acto administrativo mediante el cual se reconoció el derecho conforme a lo dispuesto por la Ley 776 de 2002 y 797 de 2003.

Lo anterior para el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 73 del Código Contencioso Administrativo, que faculta a la administración para modificar los actos administrativos que reconocen situaciones jurídicas de carácter particular y concreto o reconocimiento de un derecho, con el consentimiento expreso, claro y por escrito del titular del mismo.

#### RELACION DE HIJOS REPRESENTADOS

**NOMBRES Y APELLIDOS**

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_