



Formulario de Solicitud por Sobrevivencia para Padres

Pensiones y Cesantías Porvenir

Espacio para radicado de Porvenir

Fecha de Diligenciamiento

Ciudad de Diligenciamiento

A A A A M M D D

Tipo de Reclamación

Pensión por sobrevivencia

Devolución de saldos por pensión en ARP

Devolución de saldos por inexistencia de beneficiarios

Sustitución Pensional

1. Información del solicitante

Tipo de identificación

N° de documento de identidad

Parentesco

C.C. C.E. C.D. PAS

Nombres y apellidos

2. Información del Afiliado(a) Fallecido(a)

Tipo de identificación

N° de documento de identidad

Fecha de nacimiento

Lugar de expedición

C.C. C.E. C.D. PAS

Nombres y apellidos

EPS a la cual se encontraba afiliado(a)

Como se realizaban los aportes al sistema de salud
Cotizante Beneficiario ¿De quién?

Trabajaba SI NO

N° de teléfono fijo

Dirección de residencia

Parentesco

Ciudad

Departamento

3. Información del Estado Civil del Afiliado(a) Fallecido(a)

A. Convivía en unión libre

B. Casado(a) *

Divorciado(a)

Separado de hecho

Disolución y liquidación de la sociedad conyugal

*Adjunte registro civil de matrimonio

Desde que fecha

A A A A M M D D

Desde que fecha

A A A A M M D D

Desde que fecha

A A A A M M D D

C. Viudo(a)

Indique los nombres y apellidos de la esposa(a) fallecido(a)

Indique fecha de fallecimiento del esposo(a)

D. Soltero(a)

4. Circunstancias del Fallecimiento

Causa del fallecimiento:

Muerte natural / enfermedad

Homicidio / accidente

Suicidio

Fecha del fallecimiento

Hora del fallecimiento

ARL a la cual estaba afiliado

Se encuentra en trámite de reconocimiento pensional en la ARL: SI NO

Existe reconocimiento pensional de la ARL: *SI NO

*Nombre de la entidad que reconoció la pensión

Nombre de la empresa para la cual trabajaba el afiliado(a)

Dirección

Ciudad

Departamento

N° de teléfono fijo

Explique los hechos

Lugar de fallecimiento

¿Qué hacía el afiliado(a) en ese lugar?

Si la muerte fue por accidente de tránsito, indique quién era el dueño del vehículo

¿Cuál era el horario de trabajo del afiliado(a)?

5. Historia Laboral del Afiliado(a) Fallecido(a)

Alguna vez cotizó al Seguro Social: SI NO

Alguna vez cotizó a una Caja o Fondo de Entidades del Sector Público: SI NO

Dichas cotizaciones fueron realizadas antes de afiliarse a un Fondo Privado de Pensiones

¿Estás cotizaciones fueron por 3 años o más?

Dichas cotizaciones fueron realizadas después de afiliarse a un Fondo Privado de Pensiones

Dichas cotizaciones fueron realizadas antes de afiliarse a un Fondo Privado de Pensiones

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

Notas:

1. Recibirá del funcionario de Porvenir, un formato anexo con la Historia Laboral de OBP que actualmente está certificada, compare lo que en el formato está relacionado con lo que recuerda fue la Historia Laboral del afiliado.

2. En caso de no estar de acuerdo o haber inconsistencias con la Historia Laboral por favor incluya en el mismo anexo los vínculos laborales faltantes y firme que no está de acuerdo.

3. Si está de acuerdo con todo lo consignado en el formato anexo entregado por el funcionario de Porvenir, por favor firmelo en señal de aceptación.

4. Si contestó NO, a todas las preguntas anteriores o sus cotizaciones al Seguro Social o a Cajas de Previsión fueron inferiores a 3 años, debe firmar la Historia Laboral en el campo en el cual acepta que no hay lugar a bono pensional.

6. Trámite Bono Pensional

Autorizo SI NO Autorizó a la Porvenir para que solicite ante la oficina de bonos pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público la emisión y expedición del bono pensional. Declaro que no existe una pensión de origen profesional por el fallecimiento del afiliado.

Declaro que Si No el afiliado efectuó cotizaciones para pensión en los siguientes países: España, Chile, Ecuador y Argentina. De ser positiva su respuesta, indique los periodos cotizados:

Desde _____ Hasta _____ País _____

Desde _____ Hasta _____ País _____

7. Información de los Padres del Afiliado

Información de la madre

Tipo de identificación	N° de documento de identidad	Fecha de nacimiento	Edad
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	A A A A M M D D	<input type="text"/>
Nombres y apellidos			
Dirección de residencia		Ciudad	Departamento
Dirección de correo electrónico (e-mail)		N° de teléfono fijo	N° de teléfono celular
Actividad económica		Es pensionado	Tiene bienes propios *Si marcó SI, indique cuál(es)
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	*SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Como se realizan los aportes al sistema de salud		*Si marcó Beneficiario, indique	
Cotizante <input type="checkbox"/> *Beneficiario <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>		Nombres y apellidos del cotizante	
Parentesco con el cotizante			
Información de Vinculación a la EPS: Reside usted en el país *SI <input type="checkbox"/> *NO <input type="checkbox"/>			
* Si seleccionó SI, Marque con una X el régimen en el que se encuentra usted.			
<input type="checkbox"/> Subsidiado (Sisben), en caso de ser pensionado indique a que EPS le gustaría ser vinculado. <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Contributivo, indique en que EPS esta afiliado <input type="text"/> ¿en caso de ser pensionado esta de acuerdo en continuar con esta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
* Si selecciono NO, indique el nombre de la EPS en la que le gustaría estar vinculado. <input type="text"/>			

Información del padre

Tipo de identificación	N° de documento de identidad	Fecha de nacimiento	Edad
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	A A A A M M D D	<input type="text"/>
Nombres y apellidos			
Dirección de residencia		Ciudad	Departamento
Dirección de correo electrónico (e-mail)		N° de teléfono fijo	N° de teléfono celular
Actividad económica		Es pensionado	Tiene bienes propios *Si marcó SI, indique cuál(es)
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	*SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Como se realizan los aportes al sistema de salud		*Si marcó Beneficiario, indique	
Cotizante <input type="checkbox"/> *Beneficiario <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>		Nombres y apellidos del cotizante	
Parentesco con el cotizante			
Información de Vinculación a la EPS: Reside usted en el país *SI <input type="checkbox"/> *NO <input type="checkbox"/>			
* Si seleccionó SI, Marque con una X el régimen en el que se encuentra usted.			
<input type="checkbox"/> Subsidiado (Sisben), en caso de ser pensionado indique a que EPS le gustaría ser vinculado. <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Contributivo, indique en que EPS esta afiliado <input type="text"/> ¿en caso de ser pensionado esta de acuerdo en continuar con esta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
* Si selecciono NO, indique el nombre de la EPS en la que le gustaría estar vinculado. <input type="text"/>			

Estado civil entre los padres del afiliado(a)

Casados <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Se encuentra vigente la sociedad conyugal de los padres del afiliado(a).	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Al momento del fallecimiento, el afiliado(a) convivía con sus padres	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Solteros <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Existe sentencia o escritura pública de divorcio.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Al momento del fallecimiento, los padres vivían juntos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Unión libre <input type="checkbox"/>	Separado de hecho <input type="checkbox"/>				

Si los padres del afiliado(a) están separados, indique

Padre	Actualmente convive con otra persona	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tiempo de convivencia con la nueva pareja	Edad de la nueva pareja
Madre	Actualmente convive con otra persona	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tiempo de convivencia con la nueva pareja	Edad de la nueva pareja

Ingresos del núcleo familiar al momento del fallecimiento del afiliado(a)

Descripción	Ingresos mensuales (\$)	Origen de los ingresos	Observaciones
Generados por la madre			
Generados por el padre			
Aportados por el afiliado			
Aportados por hermanos del afiliado			
Total			

Declaración de los padres

Padre
Declaro que al momento del fallecimiento de mi hijo(a) _____, dependía económicamente de el(ella).

Madre
Declaro que al momento del fallecimiento de mi hijo(a) _____, dependía económicamente de el(ella).

8. Declaración Juramentada Exonerando a Porvenir y compañías aseguradoras

Los abajo firmantes identificados como aparece al pie de nuestras firmas actuando en calidad de reclamantes del afiliado señalado en el punto 2 de este formulario de manera voluntaria y libre de todo apremio manifestamos bajo la gravedad del juramento para ante la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A., que hemos relacionado en el presente formulario a las personas de las cuales tenemos conocimiento que pueden tener igual o mejor derecho a reclamar la prestación económica que legalmente corresponda ocasionada con motivo del fallecimiento del afiliado señalado en el punto 2 de este formulario y que por ello exoneramos desde ahora a Porvenir S.A y a las compañías aseguradoras con las cuales se tiene contratado el seguro previsional de cualquier responsabilidad frente a eventuales futuras reclamaciones por este mismo concepto que se llegare a presentar por personas adicionales que acrediten igual o mejor derecho. De igual manera manifestamos que en el evento de presentarse otras personas con igual o mejor derecho a reclamar, reintegraremos a su favor los dineros recibidos en exceso por el fondo de pensiones administrador por Porvenir S.A., como consecuencia de esta declaración. Esta comunicación prestará mérito ejecutivo y a requerimientos judiciales.

Declaro bajo gravedad de juramento que la información consignada en la presente solicitud es cierta y faculta a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir y a las compañías aseguradoras con las cuales se tiene contratado el seguro previsional para validarla y verificarla, acudiendo a cualquier fuente de información y/o investigación, siendo consciente de las consecuencias penales que pueden derivarse de información que falte a la verdad.

Firma

Nombres y apellidos:

N° de identificación:

Huella índice derecho

Autorizo SI NO

A Porvenir para que consigne a mi nombre y en la cuenta registrada a continuación, los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada. Asumo la responsabilidad en caso de reprocesos por errores en la información de la cuenta reportada, de la cual certifico que soy titular.

Cuenta bancaria donde desea recibir los pagos que resulten de esta reclamación
Nombre del banco _____

N° de cuenta

Tipo de cuenta Ahorros Corriente

Debido a que no tengo cuenta bancaria, autorizo a Porvenir S.A. para que los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada sean girados en cheque en la Oficina: _____

Firma

Nombres y apellidos:

N° de identificación:

Huella índice derecho

Autorizo SI NO

A Porvenir para que consigne a mi nombre y en la cuenta registrada a continuación, los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada. Asumo la responsabilidad en caso de reprocesos por errores en la información de la cuenta reportada, de la cual certifico que soy titular.

Cuenta bancaria donde desea recibir los pagos que resulten de esta reclamación
Nombre del banco _____

N° de cuenta

Tipo de cuenta Ahorros Corriente

Debido a que no tengo cuenta bancaria, autorizo a Porvenir S.A. para que los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada sean girados en cheque en la Oficina: _____

Firma

Nombres y apellidos:

N° de identificación:

Huella índice derecho

Autorizo SI NO

A Porvenir para que consigne a mi nombre y en la cuenta registrada a continuación, los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada. Asumo la responsabilidad en caso de reprocesos por errores en la información de la cuenta reportada, de la cual certifico que soy titular.

Cuenta bancaria donde desea recibir los pagos que resulten de esta reclamación
Nombre del banco _____

N° de cuenta

Tipo de cuenta Ahorros Corriente

Debido a que no tengo cuenta bancaria, autorizo a Porvenir S.A. para que los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada sean girados en cheque en la Oficina: _____

Firma

Nombres y apellidos:

N° de identificación:

Huella índice derecho

Autorizo SI NO

A Porvenir para que consigne a mi nombre y en la cuenta registrada a continuación, los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada. Asumo la responsabilidad en caso de reprocesos por errores en la información de la cuenta reportada, de la cual certifico que soy titular.

Cuenta bancaria donde desea recibir los pagos que resulten de esta reclamación
Nombre del banco _____

N° de cuenta

Tipo de cuenta Ahorros Corriente

Debido a que no tengo cuenta bancaria, autorizo a Porvenir S.A. para que los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada sean girados en cheque en la Oficina: _____