



Solicitud de Valoración por Pérdida de Capacidad Laboral

Fondo de Pensiones Porvenir
Anexo G

ANG - BEN

Fecha de Diligenciamiento:

Trámite para el: **Afiliado** **Pensionado** **Beneficiario**

Información del Afiliado

Nombres y Apellidos:

Tipo de Identificación:

N° Documento de Identificación:

Ciudad de Nacimiento:

Departamento:

Fecha de Nacimiento:

Dirección de Residencia:

Teléfono Fijo:

Ciudad:

Departamento:

Reside en el Exterior: Si No

Correo Electrónico:

Teléfono celular:

Estado civil:

Escolaridad:

Otro contacto:

Teléfono celular del contacto:

¿Autorizo el envío de información de correspondencia por correo electrónico?

Si
 No

¿Autorizo el envío de información de correspondencia por mensaje de texto?

Si
 No

¿Nombre de quien hace la solicitud?

Información del Beneficiario a Calificar

Hijo Inválido

Hermano Inválido

Nombres y Apellidos:

Tipo de Documento:

Número de Documento:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Género:

Estado civil:

Escolaridad:

Pensionado: Si
 No

Información Laboral

Empresa que reporta último aporte en pensiones:

Profesión:

Tipo de Documento de Empleador:

N° de Documento Empleador:

Su vínculo laboral se encuentra Activo: Si
 No

Cargo desempeñado:

Tiempo que labora en el trabajo actual:

Tiempo que labora en el cargo actual:

Dirección de correspondencia de la Empresa:

Ciudad:

Departamento:

Teléfono:

Empresas en las que ha trabajado anteriormente		
Nombre de la Empresa	Cargo Desempeñado	Tiempo Laborado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Información Estado de Salud	
EPS actual:	
ARL actual:	
Enfermedad registrada en Historia Clínica:	
Año de inicio de enfermedad:	La patología es consecuencia de: Enfermedad <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Accidente de tránsito <input type="radio"/>
¿Se encontraba trabajando al momento del accidente?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Actividad que estaba desarrollando al momento del accidente:	
Sitio donde estaba al momento del accidente:	
¿El medio de transporte era utilizado para actividades laborales?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿A qué sitio se dirigía al momento del accidente?	

Declaración de veracidad de la información
<p>Declaro bajo gravedad de juramento que la información consignada y la documentación aportada en la presente solicitud es verídica y que autorizo a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir y/o Aseguradora con la cual se tiene contratado el Seguro Previsional para validarla, verificarla y/o solicitarla ante la EPS y/o cualquier fuente de información e investigación, aceptando las consecuencias penales que pueden derivarse si la información aportada no corresponda con la realidad.</p>
<p>La presente solicitud se efectúa con el fin de adelantar ante la Aseguradora las gestiones tendientes a obtener el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, por lo tanto no constituye solicitud formal de pensión de invalidez. Así mismo, autorizo que el envío de información via correo electrónico, también aplique para las comunicaciones emitidas por la Aseguradora con la cual se tiene contratado el Seguro Previsional.</p>
<p>Una vez esté en firme el dictamen de invalidez, de proceder, aportaré todos los documentos requeridos para que Porvenir S.A inicie el estudio de mi beneficio pensional.</p>
<p>Firma</p> <p>_____ Nombre Solicitante: _____ CC: _____</p>