



Trámite de Reclamación por Invalidez

Pensiones y Cesantías Porvenir

Tipo de Reclamación

Pensión por invalidez Diligencie todos los numerales del formulario.	Devolución saldos por invalidez común Diligencie únicamente los numerales 1, 6, 7, 8 y 9.	Devolución saldos por invalidez ARP Diligencie únicamente los numerales 1, 6, 7 y 8.
--	---	--

Ciudad de Diligenciamiento

Fecha de Diligenciamiento

A A A A M M D D

1. Información del Afiliado(a)

Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	N° de documento de identidad	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento A A A A M M D D		
Nombres y apellidos		Dirección de correspondencia		Ciudad	
Dirección de correo electrónico (e-mail)		N° de teléfono fijo	N° de teléfono celular		
Autorizo envío de correspondencia por correo electrónico (e-mail) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Autorizo envío de correspondencia por mensaje de texto (SMS) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Empresa donde trabaja	Dirección	N° de teléfono fijo			

Beneficiarios: relacione aquí sus eventuales beneficiarios de una sustitución pensional (en el siguiente orden: cónyuge/compañera (o) permanente, hijos, padres, hermanos)

Nombres y apellidos	Parentesco	Invalido(a) (SI ó NO)	Nombres y apellidos	Parentesco	Invalido(a) (SI ó NO)

2. Información de Vinculación a la EPS

Reside usted en el país *SI *NO

* Si seleccionó SI, Marque con una X el régimen en el que se encuentra usted.

Subsidiado (Sisben), en caso de ser pensionado indique a que EPS le gustaría ser vinculado.

Contributivo, indique en que EPS esta afiliado ¿en caso de ser pensionado esta de acuerdo en continuar con esta? SI NO

* Si selecciono NO, indique el nombre de la EPS en la que le gustaría estar vinculado.

3. Información del Estado Civil del Afiliado(a)

A. Convive en unión libre Declaro bajo la gravedad de juramento que convivo con

Identificado(a) con número de cedula en unión marital de hecho desde A A A A M M D D

B. Casado(a) * Separado de hecho Desde que fecha A A A A M M D D

*Adjunte registro civil de matrimonio Nota: En el evento de encontrarse vigente el vinculo matrimonial, el cónyuge será tenido(a) en cuenta para una posible sustitución pensional.

Esta divorciado o hay cesación de efectos civiles

Desde cuál fecha A A A A M M D D

C. Viudo(a) Indique los nombres y apellidos del esposo(a) fallecido(a)

Indique fecha de fallecimiento de la esposa(a) A A A A M M D D

D. Soltero(a)

4. Información del Cónyuge o Compañero(a) Permanente (así esté separado de hecho)

Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	N° de documento de identidad	Fecha de nacimiento A A A A M M D D	Edad
Nombres y apellidos de la cónyuge o compañero(a) permanente			
Dirección de correspondencia		Ciudad	Departamento
Dirección de correo electrónico (e-mail)		N° de teléfono fijo	N° de teléfono celular

5. Información de los Hijos

Nombres y apellidos	Tipo y N° de identificación	Fecha de nacimiento	Edad	Ocupación	Invalido(a) (SI ó NO)	Depende económicamente (SI ó NO)
		AAAA / MM / DD				
		AAAA / MM / DD				
		AAAA / MM / DD				
		AAAA / MM / DD				
		AAAA / MM / DD				
		AAAA / MM / DD				

6. Información de los Padres

El afiliado(a) convive con el padre SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	El afiliado(a) convive con la madre SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	La sociedad conyugal de los padres se encuentra vigente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Los padres del afiliado(a) viven juntos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

El padre del afiliado(a) recibe ingresos por:

Pensión <input type="checkbox"/> Entidad otorgante	Renta <input type="checkbox"/> Origen	Salario <input type="checkbox"/> Entidad otorgante	Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
---	--	---	--

No recibe ingresos Especifique cuál es el apoyo económico del afiliado(a) hacia el padre:

La madre del afiliado(a) recibe ingresos por:

Pensión <input type="checkbox"/> Entidad otorgante	Renta <input type="checkbox"/> Origen	Salario <input type="checkbox"/> Entidad otorgante	Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
---	--	---	--

No recibe ingresos Especifique cuál es el apoyo económico del afiliado(a) hacia la madre:

7. Autorizaciones

Cuenta bancaria

Autorizo SI NO

A Porvenir S.A. 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:

8. Declaraciones

Aceptación dictamen

Manifiesto que me encuentro de acuerdo con el dictamen N° de fecha A A A A M M D D proferido por Seguros de Vida Alfa, que me otorgó el % de pérdida de capacidad laboral de origen con fecha de estructuración del A A A A M M D D por lo que no he presentado ningún tipo de recurso en contra del mismo.

Aceptación semanas cotizadas

Estoy de acuerdo con la Historia Laboral de semanas cotizadas al Sistema General de Pensiones dentro de los 3 años inmediatamente anteriores a la fecha de estructuración de mi pérdida de capacidad laboral, la cual corresponde a semanas.

Acepto SI NO

9. Historia Laboral del Afiliado

El salario del afiliado a 30 de junio de 1992 era de: \$ Al momento de la reclamación, el total de los ingresos del afiliado(a) corresponden a: \$

Los ingresos provienen de: Relación laboral Prestación de servicios Otros ¿Cuál(es)?

Realiza aportes voluntarios a: Pensiones voluntarias Otra entidad financiera

El afiliado declara renta: SI NO Alguna vez cotizó al Seguro Social: SI NO Dichas cotizaciones fueron realizadas antes de afiliarse a un Fondo Privado de Pensiones SI NO ¿Estás cotizaciones fueron por 3 años o más? 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 SI NO

Notas:

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

10. Trámite de Bonos

Declaro que no tengo ninguna pensión ni he recibido indemnización sustitutiva de pensión concedida por el ISS ni en ninguna otra entidad. Bajo la gravedad de juramento declaro que la historia laboral con la cual se autoriza el bono no ha sido utilizada por una pensión o indemnización concedida o en trámite ni para otro bono pensional emitido o en trámite.

Autorizo a Porvenir S.A. para que solicite ante la oficina de bonos pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público la emisión y expedición del bono pensional.

Tengo pensión de origen profesional *SI NO *Si marcó SI, indique que entidad lo(a) pensionó.

Declaro bajo gravedad de juramento que la información consignada en la presente solicitud es cierta y faculto a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. 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.

Espacio para radicado de Porvenir	Firma
	Nombres y apellidos: <input type="text"/>
	N° de identificación: <input type="text"/>