



Formulario de Solicitud por Supervivencia Solo Cónyuge

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 supervivencia
 Devolución de saldos por pensión en ARP
 Devolución de saldos por inexistencia de beneficiarios
 Sustitución Pensional

1. Información del solicitante

Tipo de identificación: C.C. C.E. C.D. PAS
 N° de documento de identidad:
 Parentesco:

Nombres y apellidos:

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

Tipo de identificación: C.C. C.E. C.D. PAS
 N° de documento de identidad:
 Fecha de nacimiento: A A A A M M D D
 Lugar de expedición:

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): A A A A M M D D

D. Soltero(a)

4. Circunstancias del Fallecimiento

Causa del fallecimiento: Muerte natural / enfermedad Homicidio / accidente Suicidio
 Fecha del fallecimiento: A A A A M M D D
 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 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 ha efectuado 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 del Cónyuge o Compañero(a) Permanente o Representante de los Hijos

Tipo de identificación C.C C.E C.D PAS N° de documento de identidad Fecha de nacimiento Edad

Nombres y apellidos

Dirección de correspondencia Ciudad Departamento

Dirección de correo electrónico (e-mail) N° de teléfono fijo N° de teléfono celular

Autorizo envío de correspondencia por correo electrónico (e-mail) SI NO

Declaración de convivencia: Si convivió en unión marital diligencie el numeral (I), o si convivió con su esposo(a) diligencie el numeral (II).

I. Declaro bajo la gravedad de juramento que conviví con en unión marital de hecho desde Hasta

II. Declaro bajo la gravedad de juramento que conviví con mi esposo(a) desde Hasta

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.

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.

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

Firma

Nombres y apellidos: _____

N° de identificación: _____

Huella índice derecho