



## 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 SI  NO  ¿Estás cotizaciones fueron por 3 años o más? SI  NO

Dichas cotizaciones fueron realizadas después de afiliarse a un Fondo Privado de Pensiones 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 de OBP que actualmente está certificada, compare lo que en el formato está relacionado con lo que 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.

## 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  he 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 de los Hijos del Afiliado(a) Fallecido(a)

### Hijos menores de 18 años al momento del fallecimiento

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

### Hijos mayores de 18 y menores de 25 años que dependen económicamente del afiliado al momento del fallecimiento

I.

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 Edad  Estado civil  Invalido(a) SI  NO

Nombres y apellidos

Dirección de correspondencia  Ciudad  Departamento

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

Ocupación: \*Estudiante  \*Declaro que al momento del fallecimiento de mi padre/madre dependía económicamente de el/ella y no trabajaba. \*Si marcó estudiante, indique: Fecha de inicio de estudios A A A A M M D D Semestre  Nombre de la institución

Trabajador  Servicio militar  Otra  ¿Cuál?

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.

### II.

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 Edad  Estado civil  Invalido(a) SI  NO

Nombres y apellidos

Dirección de correspondencia  Ciudad  Departamento

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

Ocupación: \*Estudiante  \* "Declaro que al momento del fallecimiento de mi padre/madre dependía económicamente de el/ella y no trabajaba."  \*Si marcó estudiante, indique: Fecha de inicio de estudios  Semestre  Nombre de la institución

Trabajador  Servicio militar  Otra  ¿Cuál?  A A A A M M D D

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.

**III.**

Tipo de identificación  N° de documento de identidad  Fecha de nacimiento  Edad  Estado civil  Invalido(a)  SI  NO

C.C C.E C.D PAS  A A A A M M D D

Nombres y apellidos

Dirección de correspondencia  Ciudad  Departamento

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

Ocupación: \*Estudiante  \* "Declaro que al momento del fallecimiento de mi padre/madre dependía económicamente de el/ella y no trabajaba."  \*Si marcó estudiante, indique: Fecha de inicio de estudios  Semestre  Nombre de la institución

Trabajador  Servicio militar  Otra  ¿Cuál?  A A A A M M D D

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.

**IV.**

Tipo de identificación  N° de documento de identidad  Fecha de nacimiento  Edad  Estado civil  Invalido(a)  SI  NO

C.C C.E C.D PAS  A A A A M M D D

Nombres y apellidos

Dirección de correspondencia  Ciudad  Departamento

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

Ocupación: \*Estudiante  \* "Declaro que al momento del fallecimiento de mi padre/madre dependía económicamente de el/ella y no trabajaba."  \*Si marcó estudiante, indique: Fecha de inicio de estudios  Semestre  Nombre de la institución

Trabajador  Servicio militar  Otra  ¿Cuál?  A A A A M M D D

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.

**Hijos mayores de 25 años en adelante al momento del fallecimiento**

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

## 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: