



Formulario Único de Auxilio Funerario

Pensiones y Cesantías Porvenir

Ciudad de Diligenciamiento

Fecha de Diligenciamiento

1. Información del Afiliado(a) Fallecido(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 <input type="text"/>	Lugar de nacimiento <input type="text"/>	Fecha de nacimiento A A A A M M D D <input type="text"/>
Nombres y apellidos <input type="text"/>			
Se encuentra en trámite de reconocimiento pensional en la ARP SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hora del fallecimiento <input type="text"/>	ARP a la cual estaba afiliado(a) <input type="text"/>	Existe reconocimiento pensional de la ARP: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, cuál entidad reconoció la pensión <input type="text"/>		Actividad del afiliado <input type="text"/>	Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>
Nombre de la empresa para la cual trabajaba el afiliado(a) <input type="text"/>			N° de teléfono fijo <input type="text"/>
Dirección <input type="text"/>		Ciudad <input type="text"/>	

2. Información del Fallecimiento

Causa del fallecimiento: Muerte natural / enfermedad <input type="checkbox"/> Homicidio / accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/>	Cómo se sufragaron los gastos: Póliza exequial <input type="checkbox"/> Plan exequial <input type="checkbox"/> Aseguradora <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/>	Valor gastos fúnebres \$ <input type="text"/>
---	--	--

En caso de haber marcado una opción diferente a efectivo en el campo de: "cómo se sufragaron los gastos" indique:

Titular del contrato Nombres y apellidos <input type="text"/>	N° de documento de identidad <input type="text"/>	Nota: Adjuntar copia del contrato
---	--	--

Explique los hechos

Lugar de fallecimiento <input type="text"/>	¿Qué hacía el afiliado(a) en ese lugar? <input type="text"/>
Si la muerte fue por accidente de tránsito, indique quién era el dueño del vehículo <input type="text"/>	¿Cuál era el horario de trabajo del afiliado(a)? <input type="text"/>

3. Datos del solicitante

Nombres y apellidos <input type="text"/>	N° de documento de identidad <input type="text"/>	Lugar de expedición <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>
Dirección de residencia <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>	N° de teléfono fijo <input type="text"/>
Nota: Si el solicitante no es el empleador o un familiar del afiliado(a) fallecido(a), por favor traer autorización de un familiar.			

4. Datos de quien sufraga los gastos (sólo si es diferente al solicitante)

Tipo de documento de identidad C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	N° de documento de identidad <input type="text"/>	Nombre completo y/o razón social <input type="text"/>
Dirección de residencia <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>
N° de teléfono fijo <input type="text"/>		

5. Autorizaciones

Cuenta bancaria		
Autorizo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
A Porvenir S.A. para que consigne a mi nombre y en la cuenta registrada en este formato, 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 <input type="text"/>	N° de cuenta <input type="text"/>	Tipo de cuenta Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
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: <input type="text"/>		

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 del solicitante <input type="text"/>	
Nombres y apellidos: <input type="text"/>	
N° de identificación: <input type="text"/>	

Huella índice derecho