



# Formulario de Solicitud por Sobrevivencia para Cónyuge e Hijos

Pensiones y Cesantías Porvenir

Espacio para radicado de Porvenir

Fecha de Diligenciamiento

Ciudad de Diligenciamiento

AAAAMMDD

## Tipo de Reclamación

Pensión por sobrevivencia

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

Lugar de expedición

Nombres y apellidos

EPS a la cual se encontraba afiliado(a)

Como se realizaban los aportes al sistema de salud

Trabajaba

N° de teléfono fijo

Cotizante Beneficiario ¿De quién?

SI NO

Parentesco

Dirección de residencia

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

Desde que fecha

Desde que fecha

C. Viudo(a)

Indique los nombres y apellidos de la esposa(a) fallecido(a)

Indique fecha de fallecimiento del esposo(a)

D. Soltero(a)

## 4. Circunstancias del Fallecimiento

Causa del fallecimiento:

Fecha del fallecimiento

Hora del fallecimiento

Muerte natural / enfermedad

Homicidio / accidente

Suicidio

AAAAMMDD

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? SI NO

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 fírmelo 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 cotizó para pensión en los siguientes países: \_\_\_ España, \_\_\_ Chile, \_\_\_ Ecuador y \_\_\_ Argentina. De ser positiva su respuesta, indique los periodos cotizados:

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 A A A A M M D D 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 diligencia 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 A A A A M M D D Hasta A A A A M M D D

II. Declaro bajo la gravedad de juramento que conviví con \_\_\_\_\_

mi esposo(a) desde A A A A M M D D Hasta 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. \_\_\_\_\_

## 8. Información de los Hijos del Afiliado(a) Fallecido(a)

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

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. \_\_\_\_\_

II.

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

IV.

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

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				
		AAAA / MM / DD				
		AAAA / MM / DD				

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

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

### 9. Declaración Juramentada

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 administrado 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 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 \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta  
 Ahorros  Corriente

N° de cuenta \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta  
 Ahorros  Corriente

N° de cuenta \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta  
 Ahorros  Corriente

N° de cuenta \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta  
 Ahorros  Corriente

N° de cuenta \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_