



# Solicitud de Pago de Subsidio de Incapacidad

Fondo de Pensiones Porvenir  
Anexo G

ANG - BEN

Fecha de Diligenciamiento:

## Información del Afiliado

Nombres y Apellidos:		
Tipo de Identificación:	N° Documento de Identificación:	
Ciudad de Nacimiento:	Departamento:	Fecha de Nacimiento:
Dirección de Residencia:		Teléfono Fijo:
Ciudad:	Departamento:	Reside en el Exterior: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Correo Electrónico:	Teléfono celular:	
Estado civil:	Escolaridad:	
Otro contacto:	Teléfono celular del contacto:	
¿Autorizo el envío de información de correspondencia por correo electrónico? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Autorizo el envío de información de correspondencia por mensaje de texto? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Nombre de quien hace la solicitud? <input type="text"/>

## Información Laboral

Empresa que Reporta Último Aporte:		
Profesión:		
Tipo de Documento de Empleador:	N° de Documento Empleador:	
Su vínculo laboral se encuentra activo Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Cargo Desempeñado:	
Tiempo que Labora en el Trabajo Actual:		
Tiempo que Labora en el Cargo Actual:		
Dirección de Correspondencia de la Empresa:		
Ciudad:	Departamento:	Teléfono:
<b>Empresas en las que ha trabajado anteriormente:</b>		
Nombre de la Empresa	Cargo Desempeñado	Tiempo Laborado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de Diligenciamiento:

**Información Estado de Salud**

EPS actual:

ARL actual:

Enfermedad registrada en Historia Clínica:

Año de inicio de enfermedad: Su patología es consecuencia de: Enfermedad  Accidente  Accidente de tránsito ¿Se encontraba trabajando al momento del accidente? Si   
No 

Actividad que estaba desarrollando al momento del accidente:

Sitio donde estaba al momento del accidente:

¿El medio de transporte era utilizado para actividades laborales? Si   
No 

¿A qué sitio se dirigía al momento del accidente?

**Información Tipo de Pago Deseado**¿Desea realizar el pago de subsidio de incapacidad a su empleador? Si   
No ¿Dónde desea que se pague? Oficina: Si  Nombre de la Oficina:  
No 

Abono en cuenta Banco: Tipo de cuenta: Número de Cuenta:

**Declaración de Veracidad de la Información**

Declaro bajo gravedad de juramento que la información consignada y la documentación aportada en la presente solicitud es verídica y que autorizo a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir y/o Aseguradora con la cual se tiene contratado el Seguro Previsional para validarla, verificarla y/o solicitarla ante la EPS y/o cualquier fuente de información e investigación, aceptando las consecuencias penales que pueden derivarse si la información aportada no corresponda con la realidad.

Tengo conocimiento que el pago del subsidio equivalente de incapacidad temporal a cargo de la AFP, será a partir del día 181 y máximo hasta el día 540 de incapacidad; es decir, la Administradora me cancelará 360 días adicionales al día 181, siempre y cuando no se haya presentado una interrupción entre las incapacidades en un tiempo superior a 30 días.

La presente solicitud se efectúa con el fin de adelantar ante la Aseguradora, las gestiones tendientes a obtener el pago del subsidio por incapacidad temporal, por lo tanto no constituye solicitud formal de pensión de invalidez. Así mismo, autorizo que el envío de información vía correo electrónico, también aplique para las comunicaciones emitidas por la Aseguradora con la cual se tiene contratado el Seguro Previsional.

Antes de cumplir los 540 días de incapacidad continua, me comprometo a radicar en la Administradora, los documentos para que se inicie el proceso de valoración de pérdida de capacidad laboral.

Firma

Nombre solicitante: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_