

104

Bogotá D.C., 2018-07-13

Señor

ALVARO JOSE ESCOBARLOZADA
CALLE 13 NO 4 – 25 PISO 12
EDIFICIO CARVAJAL
CALI
VALLE

Ref. Rad. Porvenir: 0103802043872800
CC: 51663374
T.N: 9360491

Reciba un saludo cordial.

De acuerdo a su solicitud como apoderado de nuestra afiliada FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY, relacionada con pensión de invalidez damos alcance a nuestro comunicado remitido con radicado de salida 0207412032329500 con fecha 13 de julio de 2018, le informamos lo siguiente:

Correspondiente a su comunicación con fecha 28 de junio de 2018, nos permitimos informar que con fecha 24 de marzo de 2017 con radicado de salida 0207412023942800 fue remitida comunicación a la afiliada respondiendo las preguntas efectuadas en su petición de número 1 hasta el 4. Se adjunta comunicación para su validación.

Sin embargo; respondemos las peticiones de su comunicación como se detalla a continuación:

1. Con el fin de efectuar el estudio de la pensión de invalidez y de acuerdo al dictamen que presente de Colpensiones debe ser convalidado por nuestros médicos de Seguros Alfa, por lo tanto al mismo tiempo que su cuenta sea activada es necesario que inicie el proceso de valoración ante Porvenir y para ello es necesario que remita la siguiente documentación:
 - 1) Copia de la historia clínica o epicrisis de los últimos doce (12) meses completa, la cual debe incluir valoraciones, conceptos y tratamientos médicos.
 - 2) Copia de exámenes complementarios realizados en el último año (como resultado de las imágenes diagnóstica, de laboratorio, ecografías o similares y demás soportes médicos importantes asociados a su(s) enfermedad(es)).
 - 3) Certificación de la EPS con la relación de las incapacidades generadas y pagadas hasta el día 180.

- 4) Fotocopia del documento de identidad ampliada al 150%.
- 5) Formatos “Solicitud de Valoración de pérdida de capacidad laboral (anexo G)” y “Autorización de conocimiento de historia clínica”, debidamente diligenciados con su firma y huella dactilar. Estos formatos se encuentran dispuestos para usted en nuestra página web www.porvenir.com.co opción Centro de documentación, o ingresando la siguiente dirección electrónica en la parte superior de su navegador https://www.porvenir.com.co/Personas/Paginas/centro_de_documentacion.aspx
- 6) Dictamen de la EPS, ARL, Junta Regional (en firme o con ejecutoría) y/o Junta Nacional, si con anterioridad presentó una calificación.

Ahora bien; antes de efectuar la radicación la afiliada de los documentos mencionados anteriormente, es importante hacer claridad que si el deseo de la afiliada es continuar con el beneficio que tiene con la Administradora Colpensiones, no será necesario realizar el proceso antes mencionado ante Porvenir S.A, pues para recibir el beneficio de Adulto Mayor, la afiliada debe permanecer vinculada a Colpensiones, la cual invitamos efectuar la correspondiente asesoría y validación ante dicha entidad para validar el beneficio mencionado anteriormente.

Adicionalmente, si el deseo de la afiliada es radicar proceso ante esta Administradora, vale la pena aclarar que la afiliada a la fecha de estructuración del dictamen de pérdida de capacidad laboral (año 2006) emitido por Administradora de Seguro Social hoy Colpensiones, no se evidencia el cumplimiento de las 50 semanas cotizadas en los últimos 3 años anteriores a la estructuración de invalidez, requisito exigido para acceder a la Pensión de Invalidez del RAIS.

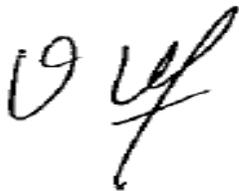
2. Teniendo en cuenta lo anterior; a la fecha la afiliada no ha iniciado un proceso pensional ante esta Administradora, por lo anterior no hay lugar a reconocimiento de intereses moratorias a la fecha.

Adicionalmente, reiteramos que es importante que la afiliada valide la conveniencia de beneficios tanto en Colpensiones como en Porvenir S.A, puesto que una vez trasladada la cuenta a Porvenir S.A no es posible hacer devolución de la misma hacia Colpensiones para acceder a un beneficio de Colombia Mayor en dicha entidad.

3. Como se enuncio en el punto anterior no es procedente su solicitud ya que no hay una prestación en curso radicado por la afiliada.
4. Aclaremos que una vez haya realizado el proceso de valoración en Porvenir y así mismo cuando Colpensiones haya realizado el traslado de sus aportes y rendimientos hacia esta Administradora, gestión que se solicitará de manera interna a Colpensiones cuando su cuenta en Porvenir se encuentre activa.

Finalmente de acuerdo a lo expuesto es necesario evalué el beneficio que obtendría en un régimen y en el otro.

Para nosotros es muy importante haber atendido su solicitud.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'O V' with a stylized flourish.

ORLANDO VALENCIA AGUDELO

Coordinación de Atención Integral a Clientes

104

Bogotá D.C., 2017-03-23

Señora

FLOR TRIVIÑO
CL 75 f 104 a 22
GARCES NAVAS
BOGOTÁ D.C.
BOGOTA

Ref. Rad. Porvenir: 0190145021513400
CC: 51663374
T.N: 8817208
COR-BENEF

Porvenir S.A. le da un saludo cordial

En atención a su solicitud relacionada con la solicitud de pensión de invalidez, informamos lo siguiente:

1. De acuerdo a lo indicado por usted que a la fecha de estructuración usted se encontraba vinculada a Porvenir, (fecha de ingreso 2001/11/27 fecha de traslado 2009/04/30) es necesario que nos remita la constancia ejecutoria junto con la resolución expedida por Colpensiones para de esta forma poder normalizar su cuenta de pensión obligatoria en esta Administradora y así iniciar el reconocimiento pensional al cual usted tuviere derecho, por otro lado le indicamos que el dictamen que presente de Colpensiones debe ser convalidado por nuestros médicos de Seguros Alfa, por lo tanto al mismo tiempo que su cuenta sea activada es necesario que inicie el proceso de valoración ante Porvenir y para ello es necesario que remita la siguiente documentación:

- ³⁵₁₇ Fotocopia original del documento de identificación del cotizante y/o beneficiario.
- ³⁵₁₇ Fotocopia nítida de la historia clínica completa y actualizada y/o resumen de la misma.
- ³⁵₁₇ Concepto de rehabilitación no favorable emitido por el médico tratante de su EPS
- ³⁵₁₇ Certificado de relación de incapacidades emitido por su EPS.
- ³⁵₁₇ Certificación de afiliación a Porvenir
- ³⁵₁₇ Carta de autorización para conocimiento de historia clínica.
- ³⁵₁₇ Anexo G diligenciado.
- ³⁵₁₇ Fotocopia del dictamen invalidante para casos de revisión de invalidez

Una vez usted cuente con la totalidad de los documentos, podrá entregarlos en la oficina Porvenir más cercana con cita previa, la cual podrá solicitar por medio de nuestra Línea de Servicio al Cliente "Porvenir en Línea" para afiliados en Bogotá 744 – 7678. Sin embargo y antes que esto se debe, es importante aclarar que su cuenta debe estar normalizada, y para ello debe remitir la documentación solicitada al inicio de este comunicado.

2. La recepción de la documentación debe ser solicitada directamente por el afiliado ante Colpensiones, pues el proceso en esta Administradora para cualquier trámite de reconocimiento pensional es a través de las oficinas mediante cita previa, pero dicha radicación pensional será procedente cuando se dé cumplimiento a lo siguiente:
 - a) Su cuenta se encuentra normalizada,
 - b) Haya realizado el proceso de valoración en Porvenir
 - c) Cuando Colpensiones haya realizado el traslado de sus aportes y rendimientos hacia esta Administradora, gestión que se solicitará de manera interna a Colpensiones cuando su cuenta en Porvenir se encuentre activa
3. Los tiempos destinados al reconocimiento pensional están sujetos a las gestiones que usted adelante en cuanto a lo expuesto en el punto 1 y 2 y al reintegro de los aportes por parte de Colpensiones.
4. El reconocimiento de pensión por invalidez depende en primera instancia de la valoración que determine Seguros de Vida Alfa, si dicha valoración da como resultado un 50% o más ay si viene el trámite restante que se expone en el punto 2.

Para nosotros es muy importante haber atendido su solicitud.



ORLANDO VALENCIA AGUDELO
Coordinación de Atención Integral a Clientes



Solicitud de Valoración por Pérdida de Capacidad Laboral

Fondo de Pensiones Porvenir
Anexo G

ANG - BEN

Trámite para: Afiliado Pensionado Beneficiario Parentesco _____
(Recalificación)

I. Datos del Afiliado/Beneficiario

Apellidos		Nombres		
Tipo de Documento C.C. C.E. T.I.	N° Documento de Identidad	Lugar de Expedición	Fecha de Nacimiento (Año/Mes/Día)	
Edad	Estado Civil	Escolaridad		
Dirección de Residencia		Ciudad	N° Teléfono Residencia	
N° Teléfono Celular	Nombre EPS	Nombre ARL (Administradora de Riesgos Laborales)		
Dirección de Correo Electrónico (e-mail)		@	Autorizo el Envío de Información a través de correo electrónico Si No	

II. Datos del Empleador

Razón Social			
Tipo de Documento Nit C.C. Otro	N°. Documento	Dirección de Localización	
Ciudad	N° de Teléfono	N° de Teléfono Celular	

III. Antecedentes Laborales

Empleo Actual			
Nombre de la Empresa donde labora	Dependiente	Independiente	
Dirección de la Empresa Contratante	Ciudad	N° Teléfono Fijo	
Denominación del Cargo Actual	Antigüedad en el Cargo Actual	Antigüedad en la Empresa	
Profesión u oficio			

Otros Empleos Desempeñados		
Nombre de la Empresa	Nombre del Cargo	Tiempo (dd/mm/aaaa)



Solicitud de Valoración por Pérdida de Capacidad Laboral

Fondo de Pensiones Porvenir
Anexo G

ANG - BEN

Trámite para: Afiliado Pensionado Beneficiario Parentesco _____
(Recalificación)

I. Datos del Afiliado/Beneficiario

Apellidos		Nombres		
Tipo de Documento C.C. C.E. T.I.	N° Documento de Identidad	Lugar de Expedición		Fecha de Nacimiento (Año/Mes/Día)
Edad	Estado Civil		Escolaridad	
Dirección de Residencia			Ciudad	N° Teléfono Residencia
N° Teléfono Celular	Nombre EPS		Nombre ARL (Administradora de Riesgos Laborales)	
Dirección de Correo Electrónico (e-mail) @			Autorizo el Envío de Información a través de correo electrónico Si No	

II. Datos del Empleador

Razón Social				
Tipo de Documento Nit C.C. Otro	N°. Documento	Dirección de Localización		
Ciudad		N° de Teléfono	N° de Teléfono Celular	

III. Antecedentes Laborales

Empleo Actual				
Nombre de la Empresa donde labora		Dependiente	Independiente	
Dirección de la Empresa Contratante			Ciudad	N° Teléfono Fijo
Denominación del Cargo Actual		Antigüedad en el Cargo Actual	Antigüedad en la Empresa	
Profesión u oficio				

Otros Empleos Desempeñados		
Nombre de la Empresa	Nombre del Cargo	Tiempo (dd/mm/aaaa)

De: cgarangureno@porvenir.com.co

Para: semimanual@porvenir.com.co

CC: fggomezs@porvenir.com.co

Fecha: 24/03/2017 11:59

Asunto: 8817208



0103802043872800

SEÑORES
PORVENIR

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE PENSION DE INVALIDEZ

239pm

ÁLVARO JOSÉ ESCOBAR LOZADA, mayor de edad y vecino de esta Ciudad, abogado titulado y en ejercicio de la profesión, identificado con la C.C No. 16.929.297 de Cali y portador de la T.P. No. 148850 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial de la señora **FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY**, identificado con C.C. No. 51.663.374, de acuerdo con poder a mí conferido, el cual adjunto para que me sea reconocida personería, me permito solicitar el reconocimiento de la pensión de invalidez y los intereses moratorios, por los siguientes motivos:

1. La señora **FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY**, cotizo para los riesgos de IVM, a través del ISS hoy COLPENSIONES, un total de 465 semanas, antes del 1 de abril de 1994, fecha en que entro en vigencia la ley 100 de 1993.
2. La Señora **FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY**, estuvo afiliada a la AFP HORIZONTE, hoy PORVENIR, entre 2003 y 2009, realizando aportes a través de ésta.
3. Mediante dictamen de calificación 1096 del 3 de marzo de 2010, mi poderdante fue calificado por parte del ISS, entidad que le determinó un 64.70% de pérdida de capacidad laboral, de origen común y fecha de estructuración el día 17 de octubre de 2006.
4. Mi mandante se concentraba incurso en multiafiliación, para la fecha de estructuración del estado de invalidez, siendo la AFP HORIZONTE, hoy PORVENIR, la última administradora a la cual realizo válidamente aportes con anterioridad a la fecha de estructuración..
5. De conformidad con el decreto 3995 de 2008, art. 6, la Administradora que debe reconocer la prestación es la que recibió la última cotización valida con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.
6. mi poderdante cumplió con suficiencia el requisito de 300 semanas cotizadas en cualquier tiempo, para causar la pensión de invalidez, que exigía el decreto 758 de 1990.
7. Durante la vigencia de dicha norma, mi mandante configuro una expectativa legítima, de manera que si la contingencia se hubiere estructurado, para la época, habría alcanzado el derecho a la pensión.
8. En ausencia de un régimen de transición aplicable para esta materia en particular, los asuntos semejantes a este se debe resolver a la luz del principio de la condición mas beneficiosa.
9. Así las cosas, PORVENIR debe reconocer la pensión invalidez regulada en el decreto 758 de 1990, en aplicación del principio de la condición más beneficiosa, más los intereses moratorios por la mora en el pago de la prestación económica.

Por los anteriores motivos se procede a formular la siguiente:

2/12

PETICIÓN

1. Que reconozca la pensión de invalidez a la señora **FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY**, a partir del 17 de octubre de 2006.
2. Que se reconozcan y paguen a mi mandante los intereses moratorios del artículo 141 de la ley 100 de 1993, por la mora en el reconocimiento efectivo de la pensión de invalidez.
3. Que se paguen debidamente indexadas las sumas que le sean reconocidas.
4. entréguese copia de la historia laboral o reporte de semanas cotizadas en el fondo PORVENIR.

ANEXOS

Me permito anexar:

1. Copia del poder debidamente autenticado.
2. Copia de la cédula de ciudadanía del poderdante.
3. Copia de cédula de ciudadanía y tarjeta profesional del suscrito abogado.
4. Copia de la historia laboral de COLPENSIONES.
5. Copia del Dictamen de Calificación de Invalidez.

Recibiré notificación en la Calle 13 # 4-25, Piso 12, Edificio Carvajal, de la ciudad de Cali. Telefax 4870055.

Atentamente,



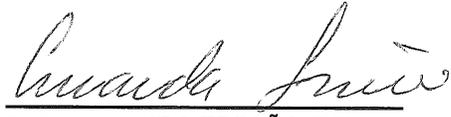
ÁLVARO JOSÉ ESCOBAR LOZADA
C.C. No. 16.929.297 de Cali
T.P. No. 148850 del C.S. de la J.

**SEÑORES
PORVENIR
E.S.D.**

FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, me permito manifestar que confiero poder especial, amplio y suficiente al Doctor **ALVARO JOSE ESCOBAR LOZADA**, mayor de edad y vecino de Cali, identificado con la C.C. No. 16.929.297 de Cali y titular de la Tarjeta Profesional No. 148850 del C.S. de la J., para que solicite la pensión de invalidez, el retroactivo pensional, los intereses moratorios por la mora en el reconocimiento y pago de la prestación y ejerza todas las actuaciones pertinentes para el reconocimiento administrativo de la referida prestación, presente los recursos pertinentes o las solicitudes de revocatoria directa si es del caso, realice las correcciones de historia laboral, derechos de petición, acciones de tutela, solicite copias de documentos tales como expedientes pensionales, resoluciones de pensión, entre otros, así como cualquier diligencia tendiente a la defensa de mis intereses.

Mi apoderado queda facultado para recibir en mi nombre, firmar y notificarse de la respuesta mi solicitud. Además, mi apoderado judicial tiene las facultades ordinarias establecidas en el Artículo 77 del C.G.P, como son las de cobrar y recibir, conciliar, negociar, desistir, sustituir, reasumir, contra demandar, apelar, pedir, excepcionar, recurrir, transigir, incidentar, tachar, y las demás facultades que le otorga la Ley para el ejercicio del mandato que le otorgo.

Atentamente,


FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY
CC. No 51.663.374

Acepto,


ALVARO JOSE ESCOBAR LOZADA
C.C. No. 16.929.297 de Cali
T.P. No. 148850 del C.S. de la J.

7a NOTARÍA SÉPTIMA DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
COMPARECENCIA PERSONAL Y RECONOCIMIENTO

El anterior escrito dirigido a: fue presentado por:

TRIVIÑO ECHEVERRY FLOR AMANDA Identificado con C.C. 51663374

Y declaró que la firma y huella que aparece en el presente documento son suyas y el contenido del mismo es cierto. Se estampa la huella a solicitud del declarante.

Bogotá D.C., 2018-05-17 11:54:04

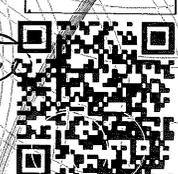


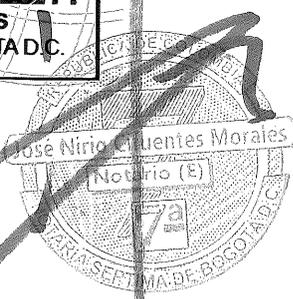


FIRMA DECLARANTE

Verifique en www.notariaenlinea.com
Documento: 2f6fm

JOSE NIRIO CIFUENTES MORALES
NOTARIO (E) 7 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
4618 DEL 08 DE MAYO DE 2018





PARA USO INTERNO DE
BOVENIR

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.663.374

TRIVIÑO ECHEVERRY

APELLIDOS

FLOR AMANDA

NOMBRES

Flora Amanda Triviño Echeverry
FIRMA



PARA USO INTERNO DE
BOVENIR



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1962

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

A+

GRS RH

F

SEXO

20-FEB-1981 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS LUIS SANCHEZ TORRES



A-1500150-00173876-F-0051663374-20090829

0015517561A 1

1290101839

subp 4 en unido 09040 c. de la Sierra

1 tubo a. de la Sierra 1 p. de la Sierra 3-0000
vendo 3 de ~~de la Sierra~~ de la Sierra 3-0000
abg en el p. de la Sierra 3-0000
de la Sierra

2) A 3 de la Sierra en el p. de la Sierra y
090 3 de la Sierra en el p. de la Sierra
y 090 3 de la Sierra

31

6/12

 <p>Servicio Social Para Siempre</p>	ISS
	VICEPRESIDENCIA DE PENSIONES
	GERENCIA NACIONAL DE ATENCION AL PENSIONADO

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN SOBRE PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL

Fecha de recepción del dictamen: 03-Mar-10 Dictamen SNML No. 1096

Motivo Solicitud: I) Determinación de la PCL: SI II) Revisión Pensión

Nombre Entidad Remitente: SISBEN Seccional de ORIGEN: CUNDINAMARCA

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: GERENCIA NACIONAL DE ATENCION AL PENSIONADO - COMISION MEDICO LABORAL

Dirección: Carrera 26 No. 41-58 Barrio La Soledad Telefono: 3689686

3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Apellidos: TRIVIÑO ECHEVERRY Nombres: FLOR AMANDA

Dirección y ciudad: CALLE 75F No 104 A - 22 4352935

Documento de Identidad: CC 51663374 Fecha de nacimiento: 20-Mar-62 Edad: 47 Años

Genero: FEMENINO Estado Civil: SOLTERA Escolaridad: TECNICO

4.1 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Nombre de la Empresa: INDEPENDIENTE NIT:

Nombre actividad económica: SUPERVISORA actividad económica:

Cargo actual: * Código de la Ocupación: 0

Descripción tareas del cargo:

4.2 ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL

EMPRESA	CARGO	RIESGO	Tiempo exposición (años)

5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

5.1 RELACION DE DOCUMENTOS

DOCUMENTO	SE TUVO ENCUESTA (describa)
HISTORIA CLINICA COMPLETA M INTERNA H ENGATIVA, 04/02/10 PACIENTE CON CON SECUELAS DE ACV EL 17/10/08 ATENDIDA EN LA CLINICA COLOMBIA. PRESENTA HEMIPARESIA IZQ Y PARALISIS FACIAL D. EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: RMN C DEL 17/10/08 TROMBOEMBOLISMO CMD	
EXAMENES PARACLINICO	
OTROS	

5.2 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACION Y CODIGO(S) CIE 10

SECUELAS ACV

5.3. EXAMENES O DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Tipo de examen o Interconsulta: Resultado:

Fecha Ex.Md Laboral: 08-Feb-10 1: REG, CONSCIENTE, ORIENTADA, PF DERECHA, HEMIPARESIA.

2: 3:

6. DESCRIPCION DEL DICTAMEN

Descripción de Deficiencias		%	CAPITULO, NUMERAL, LITERAL, TABLA
Nº	DESCRIPCION	ASIGNADO	
1	SNC, SECUELAS ACV	40	No 11.2.5.1
2			
3			
4			
SUMATORIA A+(B*(50-A)/100)		40,00	Calificación máxima posible 50%

6

7/12

PrimerApellido TRIVIÑO SegundoApellido ECHEVERRY Nombres FLOR AMANDA

II Descripción de Discapacidades Asigne el valor de Discapacidad así:
 0.0 No discapacitado 0.1 Dificultad en la ejecución 0.2 Ejecución ayudada 0.3

N°	Nombre Discapacidad	Número de la Discapacidad										%
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1	Conducta	0	0	0	0,2	0	0	0	0,2	0,2	0,2	0,8
2	Comunicación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Cuidado de la persona	0	0	0,2	0,2	0	0,2	0	0,2	0	0	0,8
4	Locomoción	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
5	Disposición del cuerpo	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0	1,4
6	Destreza	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	
	Situación	0,2	0	0,2	0,2	0,2	0,2	0	0,2	0	0	1,2
		0,2	0,2	0	0	0	0	0,2	0	0		0,6

Sumatoria Total Discapacidades (Calificación Máxima Posible: 20%) **6,20**

III Descripción de Minusvalías Asigne únicamente el máximo valor de cada categoría que corresponda al individuo evaluado

N°	Nombre Minusvalía	Número de la Minusvalía										%
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	Orientación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00
2	Independencia física	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,50
3	Desplazamiento	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1,50
4	Ocupacional	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10,00
5	Integración Social	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1,50
6	Autosuficiencia económica	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	2,00
7	En función de la edad	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	2,00

Sumatoria Total Minusvalía (Calificación Máxima Posible: 30%) **18,50**

7. PORCENTAJE DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

I. % DEFICIENCIA	40,00
II. % DISCAPACIDAD	6,20
III. % MINUSVALIA	18,50
TOTAL %	64,70

INVALIDEZ Fecha de estructuración de I.C.L. SI NO 17 Oct-08

8. CALIFICACION DEL ORIGEN

Fecha del Accidente ó Dx de la Enfermedad

Origen: EVENTO ENFERMEDAD
 Notaría Sasentia y Siete (81) del Circulo de Bogotá, hago constar que esta copia fotostática es copia con la original autenticada por mí firmada a la vista.
 G. SAAVEDRA S.
 NOTARIA SASENTIA Y SIETE (81) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ, COLOMBIA

SUSTENTACION:
 DEC 917/99. FECHA DEL ACV

S. Buendía
 SANTIAGO BUENDIA VASQUEZ
 MD LABORAL

Fecha VoBo
 03/03/2010

Hermes Rodolfo Suarez Vega
 HERMES RODOLFO SUAREZ VEGA
 NOMBRE - FIRMA MD NACIONAL

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Tipo de Documento: Cédula de Ciudadanía	Fecha de Nacimiento: 23/03/1962
Número de Documento: 51663374	Fecha Afiliación: 06/10/1983
Nombre: FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	Correo Electrónico: FLORAMATRIVI@HOTMAIL.COM
Dirección: CL 75 F 104 A 22 BR GARCES NAVAS	Ubicación: Urbana
Estado Afiliación: Activo No cotizante	

RESUMEN DE SEMANAS COTIZADAS POR EMPLEADOR

En el siguiente reporte encontrará el total de semanas cotizadas a través de cada uno de sus empleadores o de sus propias cotizaciones como trabajador independiente, es decir, las que han sido cotizadas desde enero de 1967 a la fecha. Recuerde que la Historia Laboral representa su vida como trabajador, la que usted ha construido mes a mes año a año.

[1] Identificación Aportante	[2] Nombre o Razón Social	[3] Desde	[4] Hasta	[5] Último Salario	[6] Semanas	[7] Lic	[8] Sim	[9] Total
1008219188	CORP ESC COL SAN JUA	06/10/1983	28/11/1983	\$ 9.480	7,71	0,00	0,00	7,71
1006113358	FERRETERIA LA UNION	10/09/1984	28/02/1985	\$ 14.610	24,57	0,00	0,00	24,57
1008213767	CORPORAC ESTUDIOS SU	07/09/1985	31/12/1988	\$ 30.150	173,14	0,00	0,00	173,14
1006404814	ADMINISTRA RAM LTDA	20/02/1989	01/08/1992	\$ 70.260	179,86	0,00	0,00	179,86
1008424456	ADMINISTRAR Y ASEO L	23/10/1992	31/12/1994	\$ 98.700	114,29	0,00	0,00	114,29
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO L	01/01/1995	31/12/1995	\$ 118.933	51,43	0,00	0,00	51,43
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO L	01/01/1996	31/12/1996	\$ 142.125	51,43	0,00	0,00	51,43
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO L	01/01/1997	31/12/1997	\$ 172.005	51,43	0,00	0,00	51,43
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO L	01/01/1998	31/05/1998	\$ 203.826	21,43	0,00	0,00	21,43
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO L	01/06/1998	31/12/1998	\$ 203.825	30,00	0,00	0,00	30,00
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO L	01/01/1999	30/06/1999	\$ 236.460	20,57	0,00	0,00	20,57
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO L	01/10/2000	31/10/2000	\$ 260.100	4,29	0,00	0,00	4,29
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO L	01/04/2001	30/04/2001	\$ 286.000	4,29	0,00	0,00	4,29
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO	01/01/2002	31/01/2002	\$ 320.000	4,00	0,00	0,00	4,00
800173294	ADMINISTRAR & ASEO L	01/10/2002	31/10/2002	\$ 309.000	3,57	0,00	0,00	3,57
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO	01/01/2003	31/01/2003	\$ 350.000	4,29	0,00	0,00	4,29
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO	01/04/2003	30/04/2003	\$ 350.000	4,29	0,00	0,00	4,29
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO	01/09/2003	31/10/2003	\$ 350.000	8,57	0,00	0,00	8,57
79235328	JUAN CARLOS CAMARON	01/02/2005	28/02/2005	\$ 381.500	4,29	0,00	0,00	4,29
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO	01/10/2008	31/10/2008	\$ 461.500	4,29	0,00	0,00	4,29
800034987	PRESENCIA LABORAL LT	01/05/2009	31/05/2009	\$ 330.000	2,57	0,00	0,00	2,57
800034987	PRESENCIA LABORAL LT	01/06/2009	30/06/2009	\$ 440.000	3,43	0,00	0,00	3,43
51663374	FLOR AMANDA TRIVINO	01/11/2011	31/12/2011	\$ 538.000	8,57	0,00	0,00	8,57
51663374	FLOR AMANDA TRIVINO	01/01/2012	31/01/2012	\$ 566.700	4,00	0,00	0,00	4,00
51663374	FLOR AMANDA TRIVINO	01/02/2012	31/12/2012	\$ 567.000	47,14	0,00	0,00	47,14
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FL	01/01/2013	31/03/2013	\$ 589.000	12,71	0,00	0,00	12,71
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FL	01/04/2013	30/04/2013	\$ 589.500	4,29	0,00	0,00	4,29
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FL	01/05/2013	31/12/2013	\$ 589.000	34,29	0,00	0,00	34,29
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FL	01/01/2014	31/01/2014	\$ 630.000	4,00	0,00	0,00	4,00
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FL	01/04/2014	31/01/2015	\$ 616.000	42,86	0,00	0,00	42,86
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FL	01/02/2015	31/01/2016	\$ 644.350	47,14	0,00	0,00	47,14
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FL	01/02/2016	29/02/2016	\$ 689.455	0,00	0,00	0,00	0,00

[10] TOTAL SEMANAS COTIZADAS:
978,71

Si usted laboró en entidades del sector público antes de la entrada en vigencia del Sistema General de Pensiones y estas no cotizaron a Colpensiones (Antes ISS), el presente reporte de Historia Laboral no reflejará esos períodos; por lo tanto, para ser tenidos en cuenta al momento de solicitar el reconocimiento pensional, deberá anexar los formatos diseñados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, los cuales expide el correspondiente empleador. Para mayor información ingrese a www.colpensiones.gov.co

9/12

C 51663374 FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY

DETALLE DE PAGOS EFECTUADOS A PARTIR DE 1995

En el siguiente reporte encontrará el detalle de las semanas cotizadas a partir de enero de 1995 en adelante.

(11) Identificación Aportante	(12) Nombre o Razón Social	(13) RA	(14) Período	(15) Fecha de Pago	(16) Referencia de Pago	(17) BCS Reportado	(18) Cotización	(19) Cotización No Intereses	(20) No	(21) Días Rep	(22) Días S6	(23) Observación
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199501	21/02/1995	53202701000561	\$ 118.933	\$ 14.867	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199502	03/03/1995	51006101000077	\$ 118.933	\$ 14.867	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199503	04/04/1995	51007801000055	\$ 118.933	\$ 14.867	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199504	08/05/1995	51008801000945	\$ 118.933	\$ 14.866	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199505	05/06/1995	51002801000282	\$ 118.933	\$ 14.866	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199506	06/07/1995	51005501000714	\$ 118.933	\$ 14.866	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199507	05/08/1995	51004001002774	\$ 118.933	\$ 14.866	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199508	06/09/1995	51005501001277	\$ 118.933	\$ 14.866	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199509	05/10/1995	51006201003700	\$ 118.933	\$ 14.866	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199510	03/11/1995	51002801001075	\$ 118.933	\$ 14.866	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199511	05/12/1995	51006101005674	\$ 118.933	\$ 14.866	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199512	10/01/1996	51004001005702	\$ 118.933	\$ 14.846	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199601	09/02/1996	51008501009451	\$ 142.125	\$ 18.376	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199602	07/03/1996	51004001006723	\$ 142.125	\$ 19.186	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199603	12/04/1996	51005701001846	\$ 142.125	\$ 19.886	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199604	10/05/1996	51007801002126	\$ 142.125	\$ 19.115	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199605	08/06/1996	51008501013233	\$ 142.125	\$ 19.162	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199606	10/07/1996	51005001009541	\$ 142.125	\$ 19.138	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199607	08/08/1996	51005001009884	\$ 142.125	\$ 19.186	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199608	10/09/1996	51006101012214	\$ 142.125	\$ 19.162	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199609	09/10/1996	51008801006952	\$ 142.125	\$ 19.138	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199610	08/11/1996	51006101013516	\$ 142.125	\$ 19.162	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199611	10/12/1996	51006301019045	\$ 142.125	\$ 19.162	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199612	10/01/1997	51008801008022	\$ 142.125	\$ 19.115	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199701	10/02/1997	51004001013229	\$ 172.005	\$ 23.134	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199702	10/03/1997	51007101008906	\$ 172.005	\$ 23.149	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199703	10/04/1997	51007101009393	\$ 172.005	\$ 23.149	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199704	09/05/1997	51004301006543	\$ 172.005	\$ 23.173	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199705	10/06/1997	51008801009820	\$ 172.005	\$ 23.220	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199706	09/07/1997	51005701004765	\$ 172.005	\$ 22.906	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199707	08/08/1997	52001802009410	\$ 172.005	\$ 22.291	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199708	10/09/1997	51008801011066	\$ 172.005	\$ 23.173	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199709	10/10/1997	51006102000726	\$ 172.005	\$ 23.149	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199710	10/11/1997	51001202000509	\$ 172.005	\$ 23.149	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199711	10/12/1997	51008802001054	\$ 172.005	\$ 23.196	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199712	07/01/1998	51008802001309	\$ 172.005	\$ 23.220	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199801	10/02/1998	51001101001637	\$ 203.826	\$ 27.488	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199802	10/03/1998	51004002002927	\$ 203.826	\$ 27.492	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199803	08/04/1998	51004002003423	\$ 203.826	\$ 27.492	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199804	08/05/1998	51001502003069	\$ 203.826	\$ 27.492	\$ 0		30	30	Pago aplicado al periodo declarado

9

10/12

C 51663374 FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY

[1] Identificación Aportante	[2] Nombre o Razón Social	[13] RA	[14] Período	[15] Fecha De Pago	[16] Referencia de Pago	[17] IBC Reportado	[18] Cotización	[19] Cotización Mora Sin Intereses	[20] Nov	[21] Dias Rep	[22] Dias Col	[23] Observación
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO DE LA NUEVA LTDA	NO	199805	10/06/1998	51004402002739	\$ 203.826	\$ 27.466	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199806	10/07/1998	51008802003943	\$ 203.825	\$ 28.213	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199807	10/08/1998	50007501009933	\$ 203.825	\$ 27.516	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199808	10/09/1998	51001101002861	\$ 203.825	\$ 27.467	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199809	09/10/1998	51004002006427	\$ 203.825	\$ 26.775	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199810	10/11/1998	51001101003233	\$ 203.825	\$ 27.516	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199811	10/12/1998	51006202011517	\$ 203.825	\$ 27.516	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199812	12/01/1999	51006202012273	\$ 203.825	\$ 27.410	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199901	12/02/1999	51004002008450	\$ 236.437	\$ 30.791	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199902	12/03/1999	51008802006966	\$ 236.437	\$ 31.821	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199903	27/04/1999	51008802007400	\$ 236.437	\$ 31.095	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199904			\$ 0	\$ 0	\$ 0	30	30	30	Deuda presunta, pago aplicado de periodos posteriores
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199905	28/06/1999	51008501038926	\$ 236.437	\$ 31.095	-\$ 827	30	24	24	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	199906	23/08/1999	51001801009412	\$ 236.437	\$ 30.704	-\$ 1.218	30	0	0	Pago aplicado a periodos anteriores
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	200010	03/11/2000	51006102029287	\$ 260.100	\$ 35.113	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	200104	22/05/2001	14001470005462	\$ 286.000	\$ 37.994	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	200201	16/05/2002	9111805465UJLW	\$ 320.000	\$ 39.757	-\$ 3.443	30	28	28	Pago recibido del Régimen de Ahorro Individual por traslado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	200210	08/11/2002	51007102031584	\$ 309.000	\$ 34.763	-\$ 6.952	30	25	25	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	200301	07/02/2003	9111805165UJLX	\$ 350.000	\$ 47.250	\$ 0	30	30	30	Pago recibido del Régimen de Ahorro Individual por traslado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	200304	19/05/2003	9111805965UJLY	\$ 350.000	\$ 46.955	\$ 0	30	30	30	Pago recibido del Régimen de Ahorro Individual por traslado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	200309	08/10/2003	9111805665UJLZ	\$ 350.000	\$ 47.032	\$ 0	30	30	30	Pago recibido del Régimen de Ahorro Individual por traslado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	200310	10/11/2003	9111805665UJXM0	\$ 350.000	\$ 47.058	\$ 0	30	30	30	Pago recibido del Régimen de Ahorro Individual por traslado
79235328	JUAN CARLOS CAMARON DIAZ	NO	200502	07/02/2005	23028501021201	\$ 381.500	\$ 57.200	\$ 0	30	30	30	Pago aplicado al periodo declarado
800173294	ADMINISTRAR Y ASEO LA NUEVA LTDA	NO	200810	14/11/2008	9111805365UJXM1	\$ 461.500	\$ 73.839	\$ 0	30	30	30	Pago recibido del Régimen de Ahorro Individual por traslado
800034987	PRESENCIA LABORAL LTDA	NO	200905	09/06/2009	83P20081543155	\$ 330.000	\$ 52.800	\$ 0	18	18	18	Pago aplicado al periodo declarado
800034987	PRESENCIA LABORAL LTDA	NO	200906	09/07/2009	83P20084766950	\$ 440.000	\$ 70.399	\$ 0	R	24	24	Pago aplicado al periodo declarado
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201111	17/11/2011	86P28605182292	\$ 538.000	\$ 86.100	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201112	22/12/2011	86P2A605182292	\$ 538.000	\$ 86.138	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201201	10/01/2012	86P2B605182292	\$ 538.000	\$ 86.100	-\$ 4.572	30	28	28	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201202	23/02/2012	86P2C605182292	\$ 567.000	\$ 90.679	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201203	23/03/2012	86P2D605182292	\$ 567.000	\$ 90.679	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201204	26/04/2012	86P2E605182292	\$ 567.000	\$ 90.665	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201205	18/05/2012	86P2F605182292	\$ 567.000	\$ 90.667	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201206	21/06/2012	86P2G605182292	\$ 567.000	\$ 90.667	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201207	23/07/2012	86P2H605182292	\$ 567.000	\$ 90.693	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201208	14/08/2012	86P2I605182292	\$ 567.000	\$ 90.700	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201209	10/09/2012	86P2J605182292	\$ 567.000	\$ 90.700	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201210	12/10/2012	86P2K605182292	\$ 567.000	\$ 90.700	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201211	27/11/2012	86P28620443361	\$ 567.000	\$ 90.656	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201212	26/12/2012	86C20001704277	\$ 567.000	\$ 91.300	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201301	30/01/2013	86C20002263514	\$ 567.000	\$ 91.600	-\$ 2.700	30	29	29	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY	NO	201302	14/02/2013	86C20002673977	\$ 589.500	\$ 94.320	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201303	27/03/2013	86C20003382644	\$ 589.500	\$ 95.120	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201304	22/04/2013	86C20003894454	\$ 589.500	\$ 94.820	\$ 0	30	30	30	Pagó como Trabajador Independiente

10

C 51663374 FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY

(11) Identificación Aportante	(12) Nombre o Razón Social	(13) RA	(14) Período	(15) Fecha De Pago	(16) Referencia de Pago	(17) IBC Reportado	(18) Cotización	(19) Cotización Mora Sin Intereses	(20) N6v	(21) Días Rab	(22) Días 68	(23) Observaciones
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201305	29/05/2013	86C20004505473	\$ 589.500	\$ 95.120	\$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201306	21/06/2013	86C20005020892	\$ 589.500	\$ 94.520	\$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201307	02/07/2013	86C20005130778	\$ 589.500	\$ 94.320	\$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201308	13/08/2013	86C20006047819	\$ 589.500	\$ 94.320	\$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201309	27/09/2013	86C20006814825	\$ 589.500	\$ 95.220	\$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201310	09/12/2013	86C20008345911	\$ 589.500	\$ 98.420	\$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201311	25/11/2013	86C20007984719	\$ 589.500	\$ 94.820	\$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201312	09/12/2013	86C20008345912	\$ 589.500	\$ 94.320	\$ 0		30	30	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	TRIVIÑO ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201401	20/01/2014	86C20009147355	\$ 589.500	\$ 94.520	\$ 0	R	30	28	Pagó como Trabajador Independiente
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201404	01/04/2014	32N02142842291	\$ 616.000	\$ 98.560	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201405	16/05/2014	01N02142842295	\$ 616.000	\$ 98.560	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201406	11/06/2014	01N02142842299	\$ 616.000	\$ 98.560	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201407	15/07/2014	01N02142842303	\$ 616.000	\$ 98.560	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201408	04/08/2014	01N02142842307	\$ 616.000	\$ 98.560	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201409	01/09/2014	32N02142842312	\$ 616.000	\$ 98.560	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201410	03/10/2014	32N02142842315	\$ 616.000	\$ 98.560	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201411	04/11/2014	32N02142842318	\$ 616.000	\$ 98.560	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201412	01/12/2014	32N02142842322	\$ 616.000	\$ 98.560	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201501	30/12/2014	32N02142842327	\$ 616.000	\$ 98.560	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201502	02/02/2015	01N02151775064	\$ 644.350	\$ 103.096	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201503	27/02/2015	32N02151775066	\$ 644.350	\$ 103.096	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201504	06/04/2015	32N02151775075	\$ 644.350	\$ 103.096	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201505	02/05/2015	32N02151775088	\$ 644.350	\$ 103.096	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201506	01/06/2015	32N02151775100	\$ 644.350	\$ 103.096	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201507	30/06/2015	32N02151775115	\$ 644.350	\$ 103.096	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201508	31/07/2015	07N02151775127	\$ 644.350	\$ 103.096	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201509	31/08/2015	32N02151775136	\$ 644.350	\$ 103.096	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201510	30/09/2015	32N02151775144	\$ 644.350	\$ 103.096	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201511	03/11/2015	07N02151775152	\$ 644.350	\$ 103.096	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201512	03/12/2015	01N02151775162	\$ 644.350	\$ 103.096	\$ 0		30	30	Pagó como Régimen Subsidiado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201601	06/01/2016	32N02151775164	\$ 644.350	\$ 25.774	\$ 77.322		30	0	Deuda por no pago del subsidio por el Estado
51663374	TRIVI O ECHEVERRY FLOR AMANDA	NO	201602	08/02/2016	32N02161506876	\$ 689.455	\$ 27.578	\$ 77.322		30	0	Deuda por no pago del subsidio por el Estado

12/12

LECTURA DEL REPORTE DE LA HISTORIA LABORAL UNIFICADA

Resumen de Semanas Cotizadas por Empleador: este reporte contiene el total de semanas cotizadas a través de cada uno de sus empleadores o como trabajador independiente, es decir las que se han cotizado desde enero de 1967 a la fecha.

1. **Identificación aportante:** número que identifica al aportante según el sistema al que pertenece. Hasta diciembre de 1994 número patronal y a partir de 1995, Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, etc.
2. **Nombre o razón Social:** nombre o razón social del aportante (empleador o trabajador independiente).
3. **Desde:** corresponde a la fecha de inicio del periodo de cotización.
4. **Hasta:** corresponde a la fecha final del periodo de cotización.
5. **Último salario:** salario reportado por el aportante. Para las cotizaciones efectuadas hasta el 31 de diciembre de 1994, corresponde al último salario reportado y para las cotizaciones a partir de 1995 corresponde al salario reportado en el periodo desde-hasta.
6. **Semanas:** total de semanas correspondientes al periodo desde – hasta, sin descontar el tiempo de licencias y simultáneos.
7. **Licencias (Lic.):** refleja las licencias no remuneradas, es decir periodo no laborado ni remunerado. Este valor es descontado del total de semanas del periodo cotizado.
8. **Simultáneos (Sim.):** cantidad de semanas cotizadas de manera simultánea a través de dos o más aportantes.
9. **Total:** es el total de semanas cotizadas del periodo, menos las licencias no remuneradas y el tiempo cotizado de manera simultánea.
10. **Total de Semanas Cotizadas** corresponde al total general de semanas cotizadas a la fecha de generación del reporte.

Detalle de pagos efectuados a partir de 1995: este reporte contiene el detalle de las semanas cotizadas a partir de enero de 1995 en adelante.

11. **Identificación del aportante:** número que identifica al empleador o trabajador independiente (NIT, Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, etc.).
12. **Nombre ó razón social:** nombre o razón social del aportante (empleador o trabajador independiente).
13. **RA:** indica si existe un registro de afiliación o relación laboral.
14. **Período:** año y mes al que corresponde el periodo cotizado.
15. **Fecha de pago:** fecha en que fue realizado el aporte.
16. **Referencia de pago:** número de registro del pago realizado (Calcomanía o Sticker referencia de pago PILA).
17. **IBC Reportado:** es el salario (Ingreso Base de Cotización) declarado por el empleador o trabajador independiente, para el pago de la cotización.
18. **Cotización:** valor del aporte efectuado según el salario declarado en cada uno de los periodos.
19. **Cotización mora sin intereses:** es el dinero que el aportante adeuda por el periodo, sin incluir los intereses.
20. **Novedad(Nov.):** campo que indica con la letra "R", la novedad de Retiro reportada por el empleador.
21. **Días reportados:** número de días trabajados y reportados por el aportante en cada uno de los periodos.
22. **Días cotizados:** corresponde al número de días equivalentes al valor de la cotización pagada.
23. **Observación:** indica en que situación o estado se encuentra su periodo de cotización reportado.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle. Este reporte esta sujeto a revisión y verificación por parte de Colpensiones.

12

RAO 1/1

Bogotá, Marzo 31 del 2017

Radicado - Porvenir S.A.



0190145021535000

señores
PORVENIR
Ciudad

Respetados Señores:

Estoy dando respuesta al Radicado No.02000001141808100, en el cual ustedes me piden que COLPENSIONES, pase mis semanas cotizadas para PORVENIR; yo fui a COLPENSIONES hice esa solicitud, en la cual me la negaron por los siguientes motivos:

- 1- Por la edad que tengo 55 años.
- 2- por que tengo 1.034 semanas cotizadas, hasta la fecha.
- 3- Por que ellos me estan Subsidiando actualmente mi pension por el programa COLOMBIA MAYOR, con el beneficio que me ofrecen de un pension vitalicia ya sea de vejez o invalidez, y no me quiero ver perjudicada.

Además COLPENSIONES me esta pidiendo una carta por escrito de ustedes ya sea afirmativa o negativa.

Agradezco a ustedes la atención prestada a la presente.

Cordialmente,

FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY
C.C. 51.663.374 Bogotá
Tel. 3208143774 - 4869230
cile 75fN0.104A-22 Garces Navas



Rod

1/4

Radicado - Porvenir S.A.



0190145021513400

Bogotá, 16/03/2017

SEÑORES

FONDO DE PENSIONES PORVENIR S.A.

Ciudad

Yo FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY identificada con cedula de ciudadanía 51.663.374 de Bogotá, fui calificada por ISS hoy Colpensiones por Invalidez, a lo cual me enviaron el Dictamen emitido por ellos con respuesta de que mi fecha de estructuración fue el 17/10/2006 con Calificación del 64.70% de pérdida de capacidad laboral, para ese tiempo y fecha yo me encontraba afiliada con Porvenir y requiero saber en mi caso si voy a obtener una Pensión de Invalidez con ustedes o a que tengo derecho; toda vez que actualmente me encuentro en COLPENSIONES bajo el programa Subsidiado y no me quiero ver perjudicada con el beneficio que allá me ofrecen.

Adjunto copia de Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral.

Cordialmente,

FLOR AMANDA TRIVIDO ECHEVERRY

CC 51.663.374

Cel.: 3208143774



Rod

1/4

Radicado - Porvenir S.A.



0190145021513400

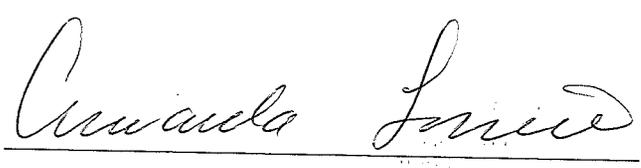
Bogotá, 16/03/2017

SEÑORES
FONDO DE PENSIONES PORVENIR S.A.
Ciudad

Yo FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY identificada con cedula de ciudadanía 51.663.374 de Bogotá, fui calificada por ISS hoy Colpensiones por Invalidez, a lo cual me enviaron el Dictamen emitido por ellos con respuesta de que mi fecha de estructuración fue el 17/10/2006 con Calificación del 64.70% de pérdida de capacidad laboral, para ese tiempo y fecha yo me encontraba afiliada con Porvenir y requiero saber en mi caso si voy a obtener una Pensión de Invalidez con ustedes o a que tengo derecho; toda vez que actualmente me encuentro en COLPENSIONES bajo el programa Subsidiado y no me quiero ver perjudicada con el beneficio que allá me ofrecen.

Adjunto copia de Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral.

Cordialmente,



FLOR AMANDA TRIVIDO ECHEVERRY

CC 51.663.374

Cel.: 3208143774



2/4



FORMATO CONSTANCIA DE EJECUTORIA
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES

Hace saber

Que mediante Resolución N° GNR - 309390, se resolvió la solicitud de obligación pensional Reconocimiento - Pensión de invalidez, del ciudadano (a) FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY, identificado (a) con Cédula de ciudadanía, 51663374.

Que en consecuencia, el acto administrativo mencionado se encuentra ejecutoriado a partir del día jueves, 10 de noviembre de 2016.

Firma en constancia,

ROSA MERCEDES NIÑO AMAYA
Gerente Nacional de Servicio al Ciudadano



6

(A)

 SEGURO SOCIAL Para Siempre	ISS
	VICEPRESIDENCIA DE PENSIONES
	GERENCIA NACIONAL DE ATENCION AL PENSIONADO

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN SOBRE PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL

Fecha: de recepción	del dictamen	03-Mar-10	Dictamen SNML Nº	1096
Motivo Solicitud: <u>I) Determinación de la PCL</u> <u>SI</u> <u>II) Revisión Pensión</u>				
Nombre Entidad Remitente	SISBEN	Seccional de ORIGEN	CUNDINAMARCA	

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre:	GERENCIA NACIONAL DE ATENCION AL PENSIONADO - COMISION MEDICO LABORAL			
Dirección:	Carrera 26 No. 41-58 Barrio La Soledad	Telefono	3689686	

3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Apellidos	TRIVIÑO ECHEVERRY	Nombre	FLOR AMANDA		
Dirección y ciudad	CALLE 72E No 109 A - 22 4352925				
Documento de identidad	CC 51663374	Fecha de nacimiento	20-Mar-62	Edad	47 Años
Genero:	FEMENINO	Estado Civil	SOLTERA	Escolaridad:	TECNICO

4.1 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Nombre de la Empresa:	INDEPENDIENTE	NIT:	
Nombre actividad económica:	SUPERVISORA	actividad económica:	
Cargo actual:		Código de la Ocupación:	0
Descripción tareas del cargo:			

4.2 ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL

EMPRESA	CARGO	RIESGO	Tiempo exposición (años)

5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

5.1 RELACION DE DOCUMENTOS

DOCUMENTO	SE TUVO ENCUENTA (describa)
HISTORIA CLINICA COMPLETA	M INTERNA H ENGATIVA, 04/02/10 PACIENTE CON CON SECUELAS DE ACV EL 17/10/06 ATENDIDA EN LA CLINICA COLOMBIA. PRESENTA HEMIPARESIA IZO Y PARALISIS FACIAL D. EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: RMN C DEL 17/10/06 TROMBOEMBOLISMO ACMD
EXAMENES PARACLINICO	
OTROS	

5.2 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACION Y CODIGO(S) CIE 10

SECUELAS ACV

5.3. EXAMENES O DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Tipo de examen o interconsulta	Resultado
Fecha Ex. Md Laboral:	08-Feb-10
1:	REG. CONSCIENTE, ORIENTADA, PF DERECHA, HEMIPARESIA I.
2:	
3:	

6. DESCRIPCION DEL DICTAMEN

I Descripción de Deficiencias		%	
Nº	DESCRIPCION	ASIGNADO	CAPITULO, NUMERAL, LITERAL, TABLA
1	SNC, SECUELAS ACV	40	No 11.2.5.1
2			
3			
4			
	SUMATORIA	A=(B*(50-A)/100)	40,00
			Calificación máxima posible 50%

2016_7822166 - GN036701381.7899


porvenir
 sólo hay uno
 porvenir OFICINA CHAPINERO
 28 FEB 2017
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

PAGINA 2/2... Continuación Calificación C.C. 51563374 Dictamen ML N°: 1096 Fecha 03/03/2010

PrimerApellido TRIVIÑO SegundoApellido ECHEVERRY Nombres FLOR AMANDA

II Descripción de Discapacidades 0.0 No discapacitado 0.1 Dificultad en la ejecución 0.2 Ejecución ayudada 0.3

N°	Nombre Discapacidad	Número de la Discapacidad										%
1.	Conducta	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	0,2
2.	Comunicación	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	0
3.	Cuidado de la persona	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	0,2
4.	Locomoción	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	0,2
5.	Disposición del cuerpo	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	0,2
6.	Destreza	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	0,2
7.	Situación	70	71	72	73	74	75	76	77	78	0,2	

Sumatoria Total Discapacidades (Calificación Máxima Posible: 20%) 6,20

III Descripción de Minusvalías Asigne únicamente el máximo valor de cada categoría que corresponda al individuo evaluado

N	Nombre Minusvalía	Número de la Minusvalía										%
1.	Orientación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,00
2.	Independencia física	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1,50
3.	Desplazamiento	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1,50
4.	Ocupacional	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10,00
5.	Integración Social	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1,50
6.	Autosuficiencia económica	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	2,00
7.	En función de la edad	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	2,00

Sumatoria Total Minusvalía (Calificación Máxima Posible: 30%) 18,50

7. PORCENTAJE DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

I. %DEFICIENCIA	40,00	INVALIDEZ		Fecha de estructuración de P.C.L.
II. %DISCAPACIDAD	6,20	SI	NO	17-Oct-06
III. %MINUSVALIA	18,50	X		
TOTAL %	64,70			

8. CALIFICACION DEL ORIGEN

Fecha del Accidente ó Dx de la Enfermedad Origen: EVENTO RIESGO ENFERMEDAD COMUN

SUSTENTACION: DEC 917/99, FECHA DEL ACV



9. Responsables de la calificación - Comisión médica Art 19 C.S.T. con art 6 Ley 776 /02 - art 52 Ley 962/05

S. Buendía
SANTIAGO BUENDIA VASQUEZ
MO LABORAL

Fecha VoBo 03/03/2010

Hermes Rodolfo Suárez Vega
NOMBRE - FIRMA MD NACIONAL



Bogotá D.C., 08 de agosto de 2016



BZ 2016_8713062

Señora:
FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY
Calle 75F No. 104 A – 22 Barrio Garcés Navas
Teléfono: 4869230 – 3208143774
Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta PQRS - 2016_8713062
Afiliado: FLOR AMANDA ECHEVERRY
Identificación: C.C. 51663374
Tipo de Trámite: Solicitud Fotocopia de Constancia de Ejecutoria de Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral

Respetada señora

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones.

En atención al derecho de petición radicado por usted el día 01 de agosto de 2016 bajo el radicado No. 2016_8709307, donde solicita Constancia de Ejecutoria del dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por el Instituto de los Seguros Sociales – ISS, nos permitimos informarle al respecto lo siguiente:

Verificado en el sistema se pudo evidenciar que el día 06 de julio de 2016 bajo el radicado No. 2016_820650 esta administradora le dio respuesta a derecho de petición donde solicito el mismo documento y se le informo que verificada en la base de documentos entregada por el Instituto de Seguros Sociales – ISS, se pudo establecer que el ISS NO hizo entrega del documento solicitado y no somos la entidad competente para expedirlo ya que el dictamen no fue emitido por esta administradora.

Sin embargo se evidencia en la base de dictámenes entregado por el ISS que el día 03 de marzo de 2010 emitió dictamen No. 1096 otorgándole un porcentaje de pérdida de

Ven por tu futuro

Centro de Atención Telefónica Nacional: 01 8000 41 09 09 - Centro de Atención Telefónica Nacional BEPS: 01 8000 41 07 77
Bogotá: 489 09 09 - Bogotá BEPS: 487 03 00 - Medellín 483 50 90
www.colpensiones.gov.co



VIGILADO ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

4/4



capacidad laboral del 64.7% por origen común y como fecha de estructuración el día 17 de octubre de 2006 y que no se presentó recurso contra el mismo.

No obstante, le reiteramos que no contamos con el documento solicitado, sin embargo puede acercarse a un punto de atención de Colpensiones y presentar solicitud de reconocimiento de pensión de invalidez aportando el dictamen de pérdida de capacidad laboral con el presente comunicado.

Expuesto lo anterior, podemos concluir que su petición fue atendida satisfactoriamente.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC) o comunicarse con la línea de atención telefónica, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Atentamente,

Luis Fernando Ucros Velasquez
GERENCIA NACIONAL DE RECONOCIMIENTO

Anexo:

- Oficio del 06 de julio de 2016.

Proyectó: Nohora Ternera Simon (Analista) *VS*
Revisó: Loren Rondón García (Revisor) *L*

SEDE Y OFICINA DE ATENCIÓN AL CLIENTE
VIOLLADO

Ven por tu futuro

21 AGO 2016

Centro de Atención Telefónica Nacional: 01 8000 41 09 09 - Centro de Atención Telefónica Nacional BEPS: 01 8000 41 07 77
Bogotá: 489 09 09 - Bogotá BEPS: 487 03 00 - Medellín: 483 60 90
www.colpensiones.gov.co

2/4



FORMATO CONSTANCIA DE EJECUTORIA
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES

Hace saber

Que mediante Resolución N° GNR - 309390, se resolvió la solicitud de obligación pensional Reconocimiento - Pensión de invalidez, del ciudadano (a) FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY, identificado (a) con Cédula de ciudadanía, 51663374.

Que en consecuencia, el acto administrativo mencionado se encuentra ejecutoriado a partir del día jueves, 10 de noviembre de 2016.

Firma en constancia,

ROSA MERCEDES NIÑO AMAYA
Gerente Nacional de Servicio al Ciudadano



6

(A)

 SEGURO SOCIAL <i>Para Siempre</i>	ISS
	VICEPRESIDENCIA DE PENSIONES
	GERENCIA NACIONAL DE ATENCION AL PENSIONADO

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN SOBRE PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL

Fecha: de recepción	del dictamen	03-Mar-10	Dictamen SNML Nº	1096
Motivo Solicitud: I) Determinación de la PCL SI II) Revisión Pensión				
Nombre Entidad Remitente	SISBEN	Seccional de ORIGEN	CUNDIHAMARCA	

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre:	GERENCIA NACIONAL DE ATENCION AL PENSIONADO - COMISION MEDICO LABORAL			
Dirección:	Carrera 26 No. 41-58 Barrio La Soledad	Telefono	3689686	

3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Apellidos	TRIVIÑO	ECHEVERRY	Nombre	FLOR AMANDA
Dirección y ciudad	CALLE 73E No 104 A - 22 4352975			
Documento de identidad	CC 51663374	Fecha de nacimiento	20-Mar-62	Edad 47 Años
Genero:	FEMENINO	Estado Civil	SOLTERA	Escolaridad: TECNICO

4.1 ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Nombre de la Empresa:	INDEPENDIENTE	NIT:	
Nombre actividad económica:	SUPERVISORA	actividad económica:	
Cargo actual:		Código de la Ocupación:	0
Descripción tareas del cargo:			

4.2 ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL

EMPRESA	CARGO	R I E S G O	Tiempo exposición (años)

5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION

5.1 RELACION DE DOCUMENTOS

DOCUMENTO	SE TUVO EN CUENTA (describe)
HISTORIA CLINICA COMPLETA M INTERNA H ENGATIVA, 04/02/10 PACIENTE CON CON SECUELAS DE ACV EL 17/10/06 ATENDIDA EN LA CLINICA COLOMBIA. PRESENTA HEMIPARESIA IZO Y PARALISIS FACIAL D. EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: RMN C DEL 17/10/06 TROMBOEMBOLISMO ACMD	
EXAMENES PARACLINICO	
OTROS	

5.2 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACION Y CODIGO(S) CIE 10

SECUELAS ACV

5.3. EXAMENES O DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR

Tipo de examen o Interconsulta	Resultado
Fecha Ex. Md Laboral:	08-Feb-10 1: REG. CONSCIENTE, ORIENTADA, PF DERECHA, HEMIPARESIA I.
2:	
3:	

6. DESCRIPCION DEL DICTAMEN

Nº	DESCRIPCION	ASIGNADO	CAPITULO, NUMERAL, LITERAL, TABLA
1	SNC, SECUELAS ACV	40	No 11.2.5.1
2			
3			
4			
	SUMATORIA A+(B*(50-A)/100)	40,00	Calificación máxima posible 50%

2016_7822166 - GN0367013817899



PAGINA 2/2. Continuación Calificación C.C. 51663374 Dictamen ML N°: 1096 Fecha 03/03/2010

PrimerApellido TRIVIÑO SegundoApellido EGJEVERRY Nombres FLOR AMANDA

II Descripción de Discapacidades 0.0 No discapacitado 0.1 Dificultad en la ejecución 0.2 Ejecución ayudada 0.3

N°	Nombre Discapacidad	Número de la Discapacidad										%										
1.	Conducta	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,8
2.	Comunicación	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.	Cuidado de la persona	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	0	0	0,2	0,2	0	0,2	0	0,2	0	0	0,8
4.	Locomoción	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	0,2	0,2	0,2	0	0,2	0	0,2	0,2	0,2	0	1,4
5.	Disposición del cuerpo	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0	0	0	1,4
6.	Destreza	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	0,2	0	0,2	0,2	0,2	0,2	0	0,2	0	0	1,2
7.	Situación	70	71	72	73	74	75	76	77	78	0,2	0,2	0	0	0	0	0,2	0	0	0	0,6	

Sumatoria Total Discapacidades (Calificación Máxima Posible: 20%) 6,20

III Descripción de Minusvalías Asigne únicamente el máximo valor de cada categoría que corresponda al individuo evaluado

N.	Nombre Minusvalía	Número de la Minusvalía							%
1.	Orientación	1	1	1	1	1	1	1	0,00
2.	Independencia física	2	2	2	2	2	2	2	1,50
3.	Desplazamiento	3	3	3	3	3	3	3	1,50
4.	Ocupacional	4	4	4	4	4	4	4	10,00
5.	Integración Social	5	5	5	5	5	5	5	1,50
6.	Autosuficiencia económica	6	6	6	6	6	6	6	2,00
7.	En función de la edad	7	7	7	7	7	7	7	2,00

Sumatoria Total Minusvalía (Calificación Máxima Posible: 30%) 18,50

7. PORCENTAJE DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

I. %DEFICIENCIA	40,00	INVALIDEZ	Fecha de estructuración de P.C.L.
II. %DISCAPACIDAD	6,20	SI	17-Oct-06
III. %MINUSVALIA	18,50	NO	
TOTAL %	64,70	X	

8. CALIFICACION DEL ORIGEN

Fecha del Accidente ó Dx de la Enfermedad _____ Origen: EVENTO RIESGO
 ENFERMEDAD COMUN

SUSTENTACION:
 DEC 917/99, FECHA DEL ACV



9. Responsables de la calificación - Comisión médica Art 19 C.S.T. con art 6 Ley 776 /02 - art 52 Ley 962/ 05

S. Buendía
 SANTIAGO BUENDIA VASQUEZ
 MD LABORAL

Fecha VoBo
 03/03/2010

Hermes Rodríguez Suárez Vega
 HERMES RODOLFO SUAREZ VEGA
 NOMBRE - FIRMA MD NACIONAL



Bogotá D.C., 08 de agosto de 2016



BZ 2016_8713062

Señora:
FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY
Calle 75F No. 104 A – 22 Barrio Garcés Navas
Teléfono: 4869230 – 3208143774
Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta PQRS - 2016_8713062
Afiliado: FLOR AMANDA ECHEVERRY
Identificación: C.C. 51663374
Tipo de Trámite: Solicitud Fotocopia de Constancia de Ejecutoria de Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral

Respetada señora

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones.

En atención al derecho de petición radicado por usted el día 01 de agosto de 2016 bajo el radicado No. 2016_8709307, donde solicita Constancia de Ejecutoria del dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por el Instituto de los Seguros Sociales – ISS, nos permitimos informarle al respecto lo siguiente:

Verificado en el sistema se pudo evidenciar que el día 06 de julio de 2016 bajo el radicado No. 2016_820650 esta administradora le dio respuesta a derecho de petición donde solicito el mismo documento y se le informo que verificada en la base de documentos entregada por el Instituto de Seguros Sociales – ISS, se pudo establecer que el ISS NO hizo entrega del documento solicitado y no somos la entidad competente para expedirlo ya que el dictamen no fue emitido por esta administradora.

Sin embargo se evidencia en la base de dictámenes entregado por el ISS que el día 03 de marzo de 2010 emitió dictamen No. 1096 otorgándole un porcentaje de pérdida de

Ven por tu futuro

Centro de Atención Telefónica Nacional: 01 8000 41 09 09 - Centro de Atención Telefónica Nacional BEPS: 01 8000 41 07 77
Bogotá: 489 09 09 - Bogotá BEPS: 487 03 00 - Medellín 483 60 90
www.colpensiones.gov.co



VIGILADO ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE PENSIÓN

4/4



capacidad laboral del 64.7% por origen común y como fecha de estructuración el día 17 de octubre de 2006 y que no se presentó recurso contra el mismo.

No obstante, le reiteramos que no contamos con el documento solicitado, sin embargo puede acercarse a un punto de atención de Colpensiones y presentar solicitud de reconocimiento de pensión de invalidez aportando el dictamen de pérdida de capacidad laboral con el presente comunicado.

Expuesto lo anterior, podemos concluir que su petición fue atendida satisfactoriamente.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC) o comunicarse con la línea de atención telefónica, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Atentamente,

Luis Fernando Ucros Velasquez
GERENCIA NACIONAL DE RECONOCIMIENTO

Anexo:

- Oficio del 06 de julio de 2016.

Proyectó: Nohora Ternera Simon (Analista) *NS*
Revisó: Loren Rondón García (Revisor) *L*

VIOLADO
SISTEMA DE CONTROL DE ACCESOS

Ven por tu futuro

21 AGOSTO

Centro de Atención Telefónica Nacional: 01 8000 41 09 09 - Centro de Atención Telefónica Nacional BEPS: 01 8000 41 07 77
Bogotá: 489 09 09 - Bogotá BEPS: 487 03 00 - Medellín: 483 80 90
www.colpensiones.gov.co

104

Bogotá D.C., 2018-07-13

Señor

ALVARO JOSE ESCOBARLOZADA
CALLE 13 NO 4 – 25 PISO 12
EDIFICIO CARVAJAL
CALI
VALLE

Ref. Rad. Porvenir: 0103802043872800
CC: 51663374
T.N: 9360491

Reciba un saludo cordial.

De acuerdo a su solicitud como apoderado de nuestra afiliada FLOR AMANDA TRIVIÑO ECHEVERRY, relacionada con pensión de invalidez, le informamos lo siguiente:

Correspondiente a su comunicación con fecha 28 de junio de 2018, nos permitimos informar que con fecha 24 de marzo de 2017 con radicado de salida 0207412023942800 fue remitida comunicación a la afiliada respondiendo las preguntas efectuadas en su petición de número 1 hasta el 4. Se adjunta comunicación para su validación.

Sin embargo; respondemos las peticiones de su comunicación como se detalla a continuación:

1. Con el fin de efectuar el reconocimiento de la pensión de invalidez y de acuerdo al dictamen que presente de Colpensiones debe ser convalidado por nuestros médicos de Seguros Alfa, por lo tanto al mismo tiempo que su cuenta sea activada es necesario que inicie el proceso de valoración ante Porvenir y para ello es necesario que remita la siguiente documentación:
 - Fotocopia original del documento de identificación del cotizante y/o beneficiario.
 - Fotocopia nítida de la historia clínica completa y actualizada y/o resumen de la misma.
 - Concepto de rehabilitación no favorable emitido por el médico tratante de su EPS
 - Certificado de relación de incapacidades emitido por su EPS.
 - Certificación de afiliación a Porvenir
 - Carta de autorización para conocimiento de historia clínica.
 - Anexo G diligenciado.
 - Fotocopia del dictamen invalidante para casos de revisión de invalidez

Una vez usted cuente con la totalidad de los documentos, podrá entregarlos en la oficina Porvenir

más cercana con cita previa, la cual podrá solicitar por medio de nuestra Línea de Servicio al Cliente "Porvenir en Línea" para afiliados en Bogotá 744 – 7678. Sin embargo y antes que esto se debe, es importante aclarar que su cuenta debe estar normalizada, y para ello debe remitir la documentación solicitada al inicio de este comunicado.

2. Teniendo en cuenta lo anterior; a la fecha la afiliada no ha iniciado un proceso pensional ante esta Administradora, por lo anterior no hay lugar a reconocimiento de intereses moratorias a la fecha.
3. Como se enuncio en el punto anterior no es procedente su solicitud ya que no hay una prestación en curso radicado por la afiliada.
4. Aclaremos que actualmente la afiliada debe efectuar una normalización de la cuenta individual en el Fondo de pensiones, la cual se efectuara una vez haya realizado el proceso de valoración en Porvenir y así mismo cuando Colpensiones haya realizado el traslado de sus aportes y rendimientos hacia esta Administradora, gestión que se solicitará de manera interna a Colpensiones cuando su cuenta en Porvenir se encuentre activa.

Para nosotros es muy importante haber atendido su solicitud.



ORLANDO VALENCIA AGUDELO

Coordinación de Atención Integral a Clientes

104

Bogotá D.C., 2017-03-23

Señora

FLOR TRIVIÑO
CL 75 f 104 a 22
GARCES NAVAS
BOGOTÁ D.C.
BOGOTA

Ref. Rad. Porvenir: 0190145021513400
CC: 51663374
T.N: 8817208
COR-BENEF

Porvenir S.A. le da un saludo cordial

En atención a su solicitud relacionada con la solicitud de pensión de invalidez, informamos lo siguiente:

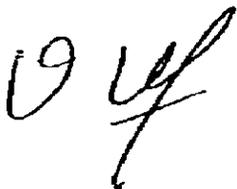
1. De acuerdo a lo indicado por usted que a la fecha de estructuración usted se encontraba vinculada a Porvenir, (fecha de ingreso 2001/11/27 fecha de traslado 2009/04/30) es necesario que nos remita la constancia ejecutoria junto con la resolución expedida por Colpensiones para de esta forma poder normalizar su cuenta de pensión obligatoria en esta Administradora y así iniciar el reconocimiento pensional al cual usted tuviere derecho, por otro lado le indicamos que el dictamen que presente de Colpensiones debe ser convalidado por nuestros médicos de Seguros Alfa, por lo tanto al mismo tiempo que su cuenta sea activada es necesario que inicie el proceso de valoración ante Porvenir y para ello es necesario que remita la siguiente documentación:

- ³⁵₁₇ Fotocopia original del documento de identificación del cotizante y/o beneficiario.
- ³⁵₁₇ Fotocopia nítida de la historia clínica completa y actualizada y/o resumen de la misma.
- ³⁵₁₇ Concepto de rehabilitación no favorable emitido por el médico tratante de su EPS
- ³⁵₁₇ Certificado de relación de incapacidades emitido por su EPS.
- ³⁵₁₇ Certificación de afiliación a Porvenir
- ³⁵₁₇ Carta de autorización para conocimiento de historia clínica.
- ³⁵₁₇ Anexo G diligenciado.
- ³⁵₁₇ Fotocopia del dictamen invalidante para casos de revisión de invalidez

Una vez usted cuente con la totalidad de los documentos, podrá entregarlos en la oficina Porvenir más cercana con cita previa, la cual podrá solicitar por medio de nuestra Línea de Servicio al Cliente "Porvenir en Línea" para afiliados en Bogotá 744 – 7678. Sin embargo y antes que esto se debe, es importante aclarar que su cuenta debe estar normalizada, y para ello debe remitir la documentación solicitada al inicio de este comunicado.

2. La recepción de la documentación debe ser solicitada directamente por el afiliado ante Colpensiones, pues el proceso en esta Administradora para cualquier trámite de reconocimiento pensional es a través de las oficinas mediante cita previa, pero dicha radicación pensional será procedente cuando se dé cumplimiento a lo siguiente:
 - a) Su cuenta se encuentra normalizada,
 - b) Haya realizado el proceso de valoración en Porvenir
 - c) Cuando Colpensiones haya realizado el traslado de sus aportes y rendimientos hacia esta Administradora, gestión que se solicitará de manera interna a Colpensiones cuando su cuenta en Porvenir se encuentre activa
3. Los tiempos destinados al reconocimiento pensional están sujetos a las gestiones que usted adelante en cuanto a lo expuesto en el punto 1 y 2 y al reintegro de los aportes por parte de Colpensiones.
4. El reconocimiento de pensión por invalidez depende en primera instancia de la valoración que determine Seguros de Vida Alfa, si dicha valoración da como resultado un 50% o más ay si viene el trámite restante que se expone en el punto 2.

Para nosotros es muy importante haber atendido su solicitud.



ORLANDO VALENCIA AGUDELO
Coordinación de Atención Integral a Clientes



Solicitud de Valoración por Pérdida de Capacidad Laboral

Fondo de Pensiones Porvenir
Anexo G

ANG - BEN

Trámite para: Afiliado Pensionado Beneficiario Parentesco _____
(Recalificación)

I. Datos del Afiliado/Beneficiario

Apellidos		Nombres		
Tipo de Documento C.C. C.E. T.I.	N° Documento de Identidad	Lugar de Expedición		Fecha de Nacimiento (Año/Mes/Día)
Edad	Estado Civil		Escolaridad	
Dirección de Residencia			Ciudad	N° Teléfono Residencia
N° Teléfono Celular	Nombre EPS		Nombre ARL (Administradora de Riesgos Laborales)	
Dirección de Correo Electrónico (e-mail) _____@_____			Autorizo el Envío de Información a través de correo electrónico Si No	

II. Datos del Empleador

Razón Social				
Tipo de Documento Nit C.C. Otro	N°. Documento	Dirección de Localización		
Ciudad		N° de Teléfono	N° de Teléfono Celular	

III. Antecedentes Laborales

Empleo Actual				
Nombre de la Empresa donde labora		Dependiente	Independiente	
Dirección de la Empresa Contratante			Ciudad	N° Teléfono Fijo
Denominación del Cargo Actual		Antigüedad en el Cargo Actual	Antigüedad en la Empresa	
Profesión u oficio				

Otros Empleos Desempeñados		
Nombre de la Empresa	Nombre del Cargo	Tiempo (dd/mm/aaaa)



Solicitud de Valoración por Pérdida de Capacidad Laboral

Fondo de Pensiones Porvenir
Anexo G

ANG - BEN

Trámite para: Afiliado Pensionado Beneficiario Parentesco _____
(Recalificación)

I. Datos del Afiliado/Beneficiario

Apellidos		Nombres		
Tipo de Documento C.C. C.E. T.I.	N° Documento de Identidad	Lugar de Expedición		Fecha de Nacimiento (Año/Mes/Día)
Edad	Estado Civil		Escolaridad	
Dirección de Residencia			Ciudad	N° Teléfono Residencia
N° Teléfono Celular	Nombre EPS		Nombre ARL (Administradora de Riesgos Laborales)	
Dirección de Correo Electrónico (e-mail) @			Autorizo el Envío de Información a través de correo electrónico Si No	

II. Datos del Empleador

Razón Social				
Tipo de Documento Nit C.C. Otro	N°. Documento	Dirección de Localización		
Ciudad		N° de Teléfono	N° de Teléfono Celular	

III. Antecedentes Laborales

Empleo Actual				
Nombre de la Empresa donde labora		Dependiente	Independiente	
Dirección de la Empresa Contratante			Ciudad	N° Teléfono Fijo
Denominación del Cargo Actual		Antigüedad en el Cargo Actual	Antigüedad en la Empresa	
Profesión u oficio				

Otros Empleos Desempeñados		
Nombre de la Empresa	Nombre del Cargo	Tiempo (dd/mm/aaaa)

De: cgarangureno@porvenir.com.co

Para: semimanual@porvenir.com.co

CC: fggomezs@porvenir.com.co

Fecha: 24/03/2017 11:59

Asunto: 8817208

104

Bogotá D.C., 2017-04-11

Señora
FLOR TRIVIÑO
CL 75 f 104 a 22
garces navas
BOGOTÁ D.C.
BOGOTA

Ref. Rad. Porvenir: 0190145021535000
CC: 51663374
T.N: 8833796
COR-BENEF

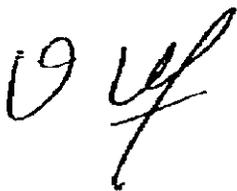
Porvenir S.A. le da un saludo cordial

En atención a su solicitud relacionada con el reconocimiento a la prestación económica a la que haya lugar, le informamos lo siguiente:

Para dar inicio de trámite de pérdida de capacidad laboral en esta administradora se hace necesario radicar la documentación indicada en la comunicación con radicado 0207412023942800; de acuerdo al proceso que se realice y al estudio de su caso se determinara si hay lugar al beneficio de pensión por invalidez.

Ahora bien, es importante hacer claridad que si su deseo es continuar con el beneficio que tiene con la administradora Colpensiones, no será necesario realizar el proceso antes mencionado ante Porvenir, pues para recibir el beneficio de adulto mayor usted debe permanecer vinculada a Colpensiones, en caso contrario su afiliación a Porvenir deberá activarse, lo cual dará lugar a la pérdida del beneficio.

Para nosotros es muy importante haber atendido su solicitud.



ORLANDO VALENCIA AGUDELO
Coordinación de Atención Integral a Clientes

De: cgarangureno@porvenir.com.co

Para: semimanual@porvenir.com.co

CC: bpdeysi@porvenir.com.co

Fecha: 11/04/2017 10:53

Asunto: 8833796

104

Bogotá D.C., 2017-03-23

Señora

FLOR TRIVIÑO
CL 75 f 104 a 22
GARCES NAVAS
BOGOTÁ D.C.
BOGOTA

Ref. Rad. Porvenir: 0190145021513400
CC: 51663374
T.N: 8817208
COR-BENEF

Porvenir S.A. le da un saludo cordial

En atención a su solicitud relacionada con la solicitud de pensión de invalidez, informamos lo siguiente:

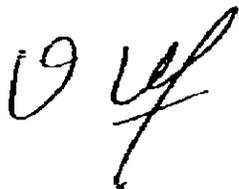
1. De acuerdo a lo indicado por usted que a la fecha de estructuración usted se encontraba vinculada a Porvenir, (fecha de ingreso 2001/11/27 fecha de traslado 2009/04/30) es necesario que nos remita la constancia ejecutoria junto con la resolución expedida por Colpensiones para de esta forma poder normalizar su cuenta de pensión obligatoria en esta Administradora y así iniciar el reconocimiento pensional al cual usted tuviere derecho, por otro lado le indicamos que el dictamen que presente de Colpensiones debe ser convalidado por nuestros médicos de Seguros Alfa, por lo tanto al mismo tiempo que su cuenta sea activada es necesario que inicie el proceso de valoración ante Porvenir y para ello es necesario que remita la siguiente documentación:

- ³⁵₁₇ Fotocopia original del documento de identificación del cotizante y/o beneficiario.
- ³⁵₁₇ Fotocopia nítida de la historia clínica completa y actualizada y/o resumen de la misma.
- ³⁵₁₇ Concepto de rehabilitación no favorable emitido por el médico tratante de su EPS
- ³⁵₁₇ Certificado de relación de incapacidades emitido por su EPS.
- ³⁵₁₇ Certificación de afiliación a Porvenir
- ³⁵₁₇ Carta de autorización para conocimiento de historia clínica.
- ³⁵₁₇ Anexo G diligenciado.
- ³⁵₁₇ Fotocopia del dictamen invalidante para casos de revisión de invalidez

Una vez usted cuente con la totalidad de los documentos, podrá entregarlos en la oficina Porvenir más cercana con cita previa, la cual podrá solicitar por medio de nuestra Línea de Servicio al Cliente "Porvenir en Línea" para afiliados en Bogotá 744 – 7678. Sin embargo y antes que esto se debe, es importante aclarar que su cuenta debe estar normalizada, y para ello debe remitir la documentación solicitada al inicio de este comunicado.

2. La recepción de la documentación debe ser solicitada directamente por el afiliado ante Colpensiones, pues el proceso en esta Administradora para cualquier trámite de reconocimiento pensional es a través de las oficinas mediante cita previa, pero dicha radicación pensional será procedente cuando se dé cumplimiento a lo siguiente:
 - a) Su cuenta se encuentra normalizada,
 - b) Haya realizado el proceso de valoración en Porvenir
 - c) Cuando Colpensiones haya realizado el traslado de sus aportes y rendimientos hacia esta Administradora, gestión que se solicitará de manera interna a Colpensiones cuando su cuenta en Porvenir se encuentre activa
3. Los tiempos destinados al reconocimiento pensional están sujetos a las gestiones que usted adelante en cuanto a lo expuesto en el punto 1 y 2 y al reintegro de los aportes por parte de Colpensiones.
4. El reconocimiento de pensión por invalidez depende en primera instancia de la valoración que determine Seguros de Vida Alfa, si dicha valoración da como resultado un 50% o más ay si viene el trámite restante que se expone en el punto 2.

Para nosotros es muy importante haber atendido su solicitud.



ORLANDO VALENCIA AGUDELO
Coordinación de Atención Integral a Clientes



Solicitud de Valoración por Pérdida de Capacidad Laboral

Fondo de Pensiones Porvenir
Anexo G

ANG - BEN

Trámite para: Afiliado Pensionado Beneficiario Parentesco _____
(Recalificación)

I. Datos del Afiliado/Beneficiario

Apellidos		Nombres		
Tipo de Documento C.C. C.E. T.I.	N° Documento de Identidad	Lugar de Expedición		Fecha de Nacimiento (Año/Mes/Día)
Edad	Estado Civil		Escolaridad	
Dirección de Residencia			Ciudad	N° Teléfono Residencia
N° Teléfono Celular	Nombre EPS		Nombre ARL (Administradora de Riesgos Laborales)	
Dirección de Correo Electrónico (e-mail) @			Autorizo el Envío de Información a través de correo electrónico Si No	

II. Datos del Empleador

Razón Social				
Tipo de Documento Nit C.C. Otro	N°. Documento	Dirección de Localización		
Ciudad		N° de Teléfono	N° de Teléfono Celular	

III. Antecedentes Laborales

Empleo Actual				
Nombre de la Empresa donde labora		Dependiente	Independiente	
Dirección de la Empresa Contratante		Ciudad	N° Teléfono Fijo	
Denominación del Cargo Actual		Antigüedad en el Cargo Actual	Antigüedad en la Empresa	
Profesión u oficio				

Otros Empleos Desempeñados		
Nombre de la Empresa	Nombre del Cargo	Tiempo (dd/mm/aaaa)



Solicitud de Valoración por Pérdida de Capacidad Laboral

Fondo de Pensiones Porvenir
Anexo G

ANG - BEN

Trámite para: Afiliado Pensionado Beneficiario Parentesco _____
(Recalificación)

I. Datos del Afiliado/Beneficiario

Apellidos		Nombres		
Tipo de Documento C.C. C.E. T.I.	N° Documento de Identidad	Lugar de Expedición		Fecha de Nacimiento (Año/Mes/Día)
Edad	Estado Civil		Escolaridad	
Dirección de Residencia			Ciudad	N° Teléfono Residencia
N° Teléfono Celular	Nombre EPS		Nombre ARL (Administradora de Riesgos Laborales)	
Dirección de Correo Electrónico (e-mail) @			Autorizo el Envío de Información a través de correo electrónico Si No	

II. Datos del Empleador

Razón Social				
Tipo de Documento Nit C.C. Otro	N°. Documento	Dirección de Localización		
Ciudad		N° de Teléfono	N° de Teléfono Celular	

III. Antecedentes Laborales

Empleo Actual				
Nombre de la Empresa donde labora		Dependiente	Independiente	
Dirección de la Empresa Contratante			Ciudad	N° Teléfono Fijo
Denominación del Cargo Actual		Antigüedad en el Cargo Actual	Antigüedad en la Empresa	
Profesión u oficio				

Otros Empleos Desempeñados		
Nombre de la Empresa	Nombre del Cargo	Tiempo (dd/mm/aaaa)

De: cgarangureno@porvenir.com.co

Para: semimanual@porvenir.com.co

CC: fggomezs@porvenir.com.co

Fecha: 24/03/2017 11:59

Asunto: 8817208

Nombre afiliado:

Flor Triviño



Tipo y número de documento:

CC 51,663,374

Fecha de nacimiento:

20/03/1962

Tu Historia Laboral Consolidada

Semanas

Entidades Públicas

A

Consolidada

Traslados de aportes

0

Semanas cotizadas

Válidas para bono

0

Semanas cotizadas

+

Fondos de Pensiones (RAIS)

B

Otras Administradoras

0

Semanas cotizadas

+

C

Porvenir

25.2

Semanas cotizadas

[Ver detalles](#)

=

Total

A + B + C

Cotizadas*

25

Semanas cotizadas



*Este total corresponde a las semanas que has cotizado y están confirmadas

* Si cotizaste simultáneamente para más de un empleador, el valor total del aporte estará incluido en el saldo y el tiempo sumará solo una vez para el cálculo de las semanas cotizadas

- ¿Por qué estas semanas no hacen parte de las que se muestran en la sección consolidada?
Porque las entidades públicas no han enviado los aportes pertinentes.
- ¿Cómo puedes identificar que estas semanas aún están en verificación?
En la sección D de este documento se ven reflejadas las semanas que serán verificadas por la entidad que corresponda.
- ¿Cómo se puede verificar si las semanas están validadas?
Una vez recibamos los aportes, las semanas se sumarán en la sección A, (en este punto como afiliado puedes validar tu Historia Laboral y reportar las inconsistencias que identifiques, para revisarla). [haz clic aquí](#)

Aportes

Valor de las semanas válidas para bono a fecha de generación del certificado

+

Otras Administradoras y Porvenir
Saldo de la cuenta individual

\$ 0

=

Total acumulado

\$ 0



¿Te hacen falta semanas cotizadas?
Para actualizar tu Historia Laboral,
[haz clic aquí](#)



¿Cuántas semanas cotizadas
tienes en los últimos 3 años?

0

Si has cotizado por lo menos 50 semanas en este período estás cubierto por un seguro previsional que te ampara a ti y a tu familia, teniendo en cuenta los demás requisitos legales.

* El valor del bono pensional es un cálculo provisional y no debe entenderse en ningún caso como una situación jurídica concreta y definitiva, el mismo puede variar por cambios en su historia laboral o por el tipo de redención de su bono pensional

C Semanas cotizadas en Porvenir

Tipo	N° Identificación	Razón Social del Empleador	Historia Laboral Oficial				Historia Laboral recordada por el afiliado en proceso de verificación		
			Periodo Inicial mm/aaaa	Periodo Final mm/aaaa	Ingreso Base de Cotización	Días Cotizados	Periodo Inicial mm/aaaa	Periodo Final mm/aaaa	Días Cotizados
NIT	800173294	ADMINISTRAR ASEO LA NUEVA LIMITADA -	01/2002	01/2002	\$ 285,570	27			
NIT	800173294	ADMINISTRAR ASEO LA NUEVA LIMITADA -	01/2003	01/2003	\$ 350,000	30			
NIT	800173294	ADMINISTRAR ASEO LA NUEVA LIMITADA -	04/2003	04/2003	\$ 347,156	30			
NIT	800173294	ADMINISTRAR ASEO LA NUEVA LIMITADA -	09/2003	09/2003	\$ 347,896	30			
NIT	800173294	ADMINISTRAR ASEO LA NUEVA LIMITADA -	10/2003	10/2003	\$ 348,148	30			
NIT	800173294	ADMINISTRAR ASEO LA NUEVA LIMITADA -	10/2008	10/2008	\$ 461,500	30			
							Total de semanas cotizadas:		
							25.2		

Para tus solicitudes consulta

