INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA POR EL AFILIADO

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nro. | Requisitos: |   |
|  | Haber cumplido los requisitos de edad, mujeres 57 años, hombres 62 años; y no reunir el requisitos de semanas cotizadas exigidas en la norma. |  |
| 1 | Fotocopia auténtica del Documento de Identidad del solicitante al 150%  |   |
| 2 | Fotocopia auténtica del Registro civil de Nacimiento del solicitante. Si nació antes del 15 de junio de 1938 copia auténtica de la Partida eclesiástica de bautismo. .  |   |
| 3 | Original de Declaración extrajuicio en donde manifieste la imposibilidad para cotizar en pensión  |   |
| 4 | Original Certificación de Información Laboral, especificando salario año por año+.  |   |
| 5 | Diligenciar el formulario de NO Pensión. |   |

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nro. De Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_