

FORMULARIO DETERMINACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD
LABORAL/ OCUPACIONAL Y REVISIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ
DE LOS PENSIONADOS

COLPENSIONES
2018_11538686
14/09/2018 09:56:03 AM
APARTADO
ANTIOQUIA - APARTADO
MEDICINA LABORAL
IMÁGENES: 34
0201811538686380

I. TIPO DE SOLICITUD

☒ CALIFICACIÓN DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL/ OCUPACIONAL
☐ MANIFESTACIÓN DE INCONFORMIDAD CONTRA EL DICTAMEN
☐ PROFERIDO POR COLPENSIONES
☐ REVISIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ

II. PERSONA A CALIFICAR

☒ AFILIADO ☐ BENEFICIARIO DEL AFILIADO
☐ PENSIONADO ☐ BENEFICIARIO DEL PENSIONADO

III. TIPO DE SOLICITANTE QUE ACUDE

☐ ARL ☒ PERSONA A CALIFICAR ☐ APODERADO
☐ EPS ☐ TERCERO AUTORIZADO ☐ EMPLEADOR O CONTRATANTE

IV. INFORMACIÓN DEL AFILIADO/ PENSIONADO

Tipo de Documento T.I. C.C. ☒ C.E. ☐ F ☐ P ☐ No. de Documento 13353368 Fecha de Nacimiento 11/01/1961 Género F ☐ M ☒ X
Primer Apellido Ruiz Segundo Apellido Barrios
Primer Nombre Manuel Segundo Nombre
Estado Civil Soltero ☒ Casado ☐ Unión Libre ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Otros ☐ ¿Cuál?
Nivel de Escolaridad Analfabeta ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Básica ☐ Media ☒ Universitaria ☐ Posgrados ☐ Tecnológica ☐ Otros ☐ ¿Cuál?
Dirección de Correspondencia Vereda Manulla Km 1 Barrio Manulla
Ciudad / Municipio Rio Sucu Departamento Choco
Correo Electrónico

EN CASO DE PRESENTAR LA SOLICITUD POR MEDIO DE APODERADO Y/O TERCERO AUTORIZADO DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SEGÚN SEA EL CASO

V. INFORMACIÓN DEL APODERADO Y/O TERCERO AUTORIZADO

Tipo de Documento C.C. ☐ C.E. ☐ F ☐ P ☐ No. de Documento Tarjeta Profesional / Provisional
Primer Apellido Segundo Apellido
Primer Nombre Segundo Nombre
Teléfono Celular
Dirección de Correspondencia Barrio
Ciudad / Municipio Departamento
Correo Electrónico Autorizo Notificación por medio de Correo Electrónico ☐ Sí ☒ No

VI. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Tipo de Documento T.I. C.C. ☐ C.E. ☐ F ☐ P ☐ No. de Documento Fecha de Nacimiento Género F ☐ M
Primer Apellido Segundo Apellido
Primer Nombre Segundo Nombre
Estado Civil Soltero ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Otros ☐ ¿Cuál?
Nivel de Escolaridad Analfabeta ☐ Preescolar ☐ Primaria ☐ Básica ☐ Media ☐ Universitaria ☐ Posgrados ☐ Tecnológica ☐ Otros ☐ ¿Cuál?

RELACIONAR LA INFORMACIÓN DEL ACUDIENTE, ADULTO RESPONSABLE O CURADOR DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellidos
No. de Documento Teléfono Ciudad / Municipio

VII. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Tipo de Vinculación Laboral Actual: Dependiente ☐ Independiente ☐ Empleador ☐ No aplica ☒
Razón Social o Nombre NIT o Cédula
Dirección del Empleador Teléfono del Empleador
Ciudad / Municipio Departamento

VIII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Se encuentra actualmente incapacitado? ☒ Sí ☐ No EPS Nueva eps ARL Colpatria

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes esta tiene suscritos convenios con tal propósito, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. 2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES.

Manuel Ruiz B.
FIRMA DEL SOLICITANTE

13353368
No. DE DOCUMENTO

"Ven por tu FUTURO"

