

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

COLPENSIONES
2018_2520613
02/03/2018 12:52:37 PM
APARTADO 10
ANTIOQUIA - APARTADO
MEDICINA LABORAL
IMAGENES:31
020182520613U<D

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 QUI

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 ☒
Primer Apellido **RUÍZ** 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 MANCILLA KM 1** Barrio **MANCILLA**
Ciudad / Municipio **RIO SUCIO** Departamento **CHOCÓ**
Correo Electrónico

Autorizo Notificación por medio de Correo Electrónico ☒ de

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 ☐ Si ☐ 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? ☒ 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 refieren 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.

LADO IMPRONTA DE FIANCERA DE COLOMBIA

MANUEL RUIZ B. **13.353.368**
FIRMA DEL SOLICITANTE No. DE DOCUMENTO

"Ven por tu FUTURO" 