

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

COLPENSIONES - 2022-6934245  
27/05/2022 12:23:22 PM  
APARTADO  
ANTIOQUIA - APARTADO  
MEDICINA LABORAL  
TRAFUGES-37  
CONSULTE EL ESTADO DE SU TRÁMITE EN  
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

## 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  
EPS ☐ EMPLEADOR O CONTRATANTE  
☐ TERCERO AUTORIZADO  
☐ APODERADO

## IV. INFORMACIÓN DEL AFILIADO/ PENSIONADO

Tipo de Documento TI CC ☒ CE ☐ F ☐ P ☐ No. de Documento 13353368 Fecha de Nacimiento 11/01/1961 Género F ☐ M ☒  
Primer Apellido Ruiz Segundo Apellido Barrios  
Primer Nombre Manuel Segundo Nombre  
Estado Civil Casado ☐ Unión Libre ☒ Separado ☐ Viudo ☐ Otros ☐ Cuál  
Nivel de Escolaridad Analfabeta ☐ Preescolar ☐ Primaria ☒ Básica ☐ Media ☐ Universitaria ☐ Post grados ☐ Tecnológica ☐ Otros ☐ Cuál  
Dirección de Correspondencia B9 2 172 99 CSA 15  
Barrio Obredo Ciudad / Municipio Apartado Departamento Antioquia  
Correo Electrónico m56074381@gmail.com Autorizo Notificación por medio de correo electrónico ☒ Sí ☐ No

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

Primer Apellido Segundo Apellido  
Primer Nombre Segundo Nombre  
Tipo de Documento CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ No. de Documento Tarjeta Profesional / Provisional  
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 CC ☐ CE ☐ F ☐ P ☐ TI ☐ RC ☐ 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 ☐ Post grados ☐ 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, ARL Y EPS

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 EPS ARL

## VIII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Se encuentra actualmente incapacitado? Sí ☐ No ☒

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.

\*Manuel Ruiz B.  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\*13353-368  
No. DE DOCUMENTO

"Ven por tu  
FUTURO"

