

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 Fecha de Nacimiento DD MM AAAA Género F M

Primer Apellido Segundo Apellido

Primer Nombre Segundo Nombre

Estado Civil Soltero Casado Unión Libre Separado Viudo Otros Cuál Teléfono Celular

Nivel de Escolaridad Analfabeta Preescolar Primaria Básica Media Universitaria Post grados Tecnológica Otros Cuál

Dirección de Correspondencia

Barrio Ciudad / Municipio Departamento

Correo Electrónico Adjunta formulario autorización notificación Sí No por 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

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 Adjunta formulario autorización notificación Sí No por correo electrónico

VI. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Tipo de Documento CC CE F P TI RC No. de Documento Fecha de Nacimiento DD MM AAAA 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? Si 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 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.



INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO SOLICITUD DE MEDICINA LABORAL

MÓDULO I TIPO DE SOLICITUD

Marque con una X sobre el campo según corresponda: Calificación de pérdida de capacidad laboral/ocupacional, Manifestación de inconformidad contra el dictámenes proferido por Colpensiones, Revisión del estado de invalidez.

MÓDULO II PERSONA A CALIFICAR

Marque con una x sobre el campo según corresponda: Afiliado, Pensionado, Beneficiario del afiliado, Beneficiario del pensionado.

MÓDULO III TIPO DE SOLICITANTE QUE ACUDE

Marque con una X sobre el campo según corresponda: ARL, EPS, Persona a calificar, Empleador o Contratante, Apoderado y/o Tercero Autorizado.

MÓDULO IV INFORMACIÓN DEL AFILIADO/ PENSIONADO

Marque con una X: el tipo de documento del Afiliado / Pensionado: Para cédula de Ciudadanía - C.C., para Cédula de Extranjería - C.E., para Documento Extranjero - F, Para Pasaporte P, Número de documento: campos numéricos, Diligencie los campos numéricos Fecha de Nacimiento: diligencie en el siguiente orden: (dd/mm/aaaa). Sexo (género): Si es Femenino - F, Si es Masculino – M, Estado Civil, señale el estado si es soltero, casado, unión libre, separado, viudo, otros y cual. Diligencie los datos correspondientes al nombre Completo. Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre, Diligencie los campos de Dirección de Correspondencia, Barrio, Ciudad/Municipio y Departamento, Diligencie al menos uno de los campos: Números telefónicos Fijo, Celular (campos numéricos) Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico SI o NO. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el Campo correo Electrónico, Nivel de escolaridad - diligencie, analfabeta, preescolar, primaria, básica, media, universitaria, posgrados, tecnológica, otros, cual.

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

MÓDULO V INFORMACIÓN DEL APODERADO Y/O TERCERO AUTORIZADO

Marque con una X: Tipo de documento, marcar si es: Para cédula de Ciudadanía - C.C., para Cédula de Extranjería - C.E., para Documento Extranjero -F, Para Pasaporte – P, para identificación Tributaria - Numero de documento: campos numéricos, Tarjeta Profesional/Provisional: campos numéricos. Diligencie los datos correspondientes al nombre Completo. Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre. Razón Social (Nombre de la persona jurídica). Dirección de Correspondencia, Barrio, Ciudad/Municipio y Departamento, Diligencie al menos uno de los campos: Números telefónicos Fijo, Celular (campos numéricos) Adjunta formulario autorización notificación por correo electrónico SI o NO. Si su respuesta es afirmativa debe diligenciar obligatoriamente el Campo correo Electrónico.

MÓDULO VI INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Marque con una X: el tipo de documento del Afiliado: Para cédula de Ciudadanía - C.C., para Cédula de Extranjería - C.E., para Documento Extranjero - F, Para Pasaporte P, Tarjeta de identidad para TI, Registro Civil de Nacimiento RC. Número de documento: campos numéricos, Diligencie los campos numéricos Fecha de Nacimiento: diligencie en el siguiente orden: año, mes día (dd/mm/aaaa). Sexo (género): Si es Femenino - F, Si es Masculino – M, Estado Civil, señale el estado si es soltero, casado, unión libre, separado, viudo, otros y cual. Relacionar la información del acudiente, adulto responsable o curador del beneficiario. Diligencie los datos correspondientes al nombre Completo. Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre y Segundo Nombre, Diligencie los campos de, Nivel de escolaridad - diligencie, analfabeta, preescolar, primaria, básica, media, universitaria, posgrados, tecnológica, otros, cual. Marque con una X: Señale si: Relacionar la información del afiliado, acudiente o adulto responsable del beneficiario. Nombres y apellidos, nombre completo. Numero de documento, campo numérico. Teléfono, campo numérico. Ciudad.

MÓDULO VII INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR, ARL Y EPS

Marcar con una x según corresponda: Dependiente, Independiente, No aplica. Diligenciar los datos según corresponda: Razón social o nombre, NIT o cédula, Dirección del empleador, Teléfono del empleador, ciudad/ municipio, departamento, EPS, ARL.

MÓDULO VIII INFORMACIÓN ADICIONAL

Marcar con una X SI o NO, según si se encuentra actualmente incapacitado.