

**FORMULARIO DETERMINACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD
LABORAL/ Ocupacional Y ReVISIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ
DE LOS PENSIONADOS**

RADICACIÓN

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

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> AFILIADO | <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO DEL AFILIADO |
| <input type="checkbox"/> PENSIONADO | <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO DEL PENSIONADO |

**III. TIPO DE SOLICITANTE
QUE ACUDE**

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ARL | <input type="checkbox"/> PERSONA A CALIFICAR |
| <input type="checkbox"/> EPS | <input type="checkbox"/> EMPLEADOR O
CONTRATANTE |
| <input type="checkbox"/> | TERCERO AUTORIZADO |
| <input type="checkbox"/> | APODERADO |

IV. INFORMACIÓN DEL AFILIADO/ PENSIONADO

Tipo de Documento	No. de Documento	Fecha de Nacimiento	Género
TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		DD MM AAAA	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Primer Apellido	Segundo Apellido		
Primer Nombre	Segundo Nombre		
Estado Civil	Teléfono	Celular	
Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>			
Nivel de Escolaridad			
Analfabeto <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Post grados <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>			
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	No. de Documento	Tarjeta Profesional / Provisional
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		
Teléfono	Cellular	
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	No. de Documento	Fecha de Nacimiento	Género
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>		DD MM AAAA	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Primer Apellido	Segundo Apellido		
Primer Nombre	Segundo Nombre		
Estado Civil			
Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>			
Nivel de Escolaridad			
Analfabeto <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Post grados <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>			

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

Nombre y Apellidos	Teléfono	Ciudad / Municipio
No. de Documento		

VII. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR, ARL Y EPS

Tipo de vinculación laboral actual:	Dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Empleador <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
Razón social o nombre				
Dirección 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 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.