	PROCESO: GESTIÓN DE SINIESTRO	Código	MIS_5_4_5_FR04
		Versión	05
		Clasificación	Publica Clasificada
		Fecha	2021-12-30
FORMATO AUTORIZACION PARA MODIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO PENSIÓN DE INVALIDEZ DE RIESGOS LABORALES			
Aprobó: Sonia Esperanza Benitez Garzón Gerente Indemnizaciones	Revisó: Juan Pablo Giraldo Lider SIG	Elaboró: Zuanny Bello Profesional Especializado	

FECHA _____

Nombre Afiliado _____

No. Documento Afiliado _____

Yo _____ CC _____ en nombre propio y en forma libre y espontánea manifiesto que autorizo a la Administradora de Riesgos Laborales POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., para que en el evento en que se cumplan los presupuestos establecidos en el artículo 44 de la Ley 100 de 1993 “Revisión de las Pensiones de Invalidez”, se modifique total o parcialmente el oficio mediante el cual se reconoció la Pensión de Invalidez, conforme a lo dispuesto por la Ley 776 de 2002, Ley 797 de 2003, Ley 1562 de 2012 y Decreto 1352 del 2013.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el afiliado deberá ser valorado por el Médico Laboral cada tres años con el fin de establecer si las condiciones que dieron origen a la prestación económica inicial continúan.


FIRMA:

Dirección de contacto del Afiliado: _____

Ciudad de contacto del Afiliado: _____

Teléfono de contacto del Afiliado: _____

Correo Electrónico Afiliado: _____

	PROCESO: GESTIÓN DE SINIESTRO	Código	MIS_5_4_5_FR04
		Versión	05
		Clasificación	Publica Clasificada
		Fecha	2021-12-30
FORMATO AUTORIZACION PARA MODIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO PENSIÓN DE INVALIDEZ DE RIESGOS LABORALES			
Aprobó: Sonia Esperanza Benitez Garzón Gerente Indemnizaciones	Revisó: Juan Pablo Giraldo Lider SIG	Elaboró: Zuanny Bello Profesional Especializado	

Guía de usuario del formato

FECHA **_Ingresar de forma AAAA/MM/DD_**

Nombre Afiliado **_Ingresar el nombre y apellido del afiliado_**

No. Documento Afiliado **_Ingresar el número de documento de identidad del afiliado_**

Yo **_Ingresar nombre y apellido de quien autoriza_** CC **_Ingresar el número de documento de identidad_** en nombre propio y en forma libre y espontánea manifiesto que autorizo a la Administradora de Riesgos Laborales POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., para que en el evento en que se cumplan los presupuestos establecidos en el artículo 44 de la Ley 100 de 1993 “Revisión de las Pensiones de Invalidez”, se modifique total o parcialmente el oficio mediante el cual se reconoció la Pensión de Invalidez, conforme a lo dispuesto por la Ley 776 de 2002, Ley 797 de 2003, Ley 1562 de 2012 y Decreto 1352 del 2013.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el afiliado deberá ser valorado por el Médico Laboral cada tres años con el fin de establecer si las condiciones que dieron origen a la prestación económica inicial continúan.

FIRMA:

Ingresar la firma de la persona que da la autorización

Dirección de contacto del Afiliado: **Ingresar la dirección de residencia actual del afiliado.**

Ciudad de contacto del Afiliado: **Ingresar la ciudad de residencia actual del afiliado.**

Teléfono de contacto del Afiliado: **Ingresar el número de contacto actual del afiliado.**

Correo Electrónico Afiliado: **Ingresar el correo electrónico actual del afiliado.**