



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN ANTE LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ

FECHA DE SOLICITUD

### 1. DATOS DE LA ENTIDAD REMITENTE:

NOMBRE DE ENTIDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS ANEXOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA A CALIFICAR:

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO: CC \_\_\_\_ TI \_\_\_\_ CE \_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_

EXPEDIDO EN: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_ AÑOS GÉNERO: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

### 3. DATOS LABORALES DE LA PERSONA REMITIDA:

NOMBRE DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_

CARGO ACTUAL \_\_\_\_\_

### 4. MOTIVO DE REMISIÓN:

- CALIFICACIÓN DEL GRADO DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
- CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ
- CALIFICACIÓN DEL ORIGEN
- REVISIÓN DE LA CALIFICACIÓN
- OTRO Especifique \_\_\_\_\_

### 5. RESPONSABLE DE LA REMISIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA