BOGOTÁ | FONCEP

FORMATO REVISIÓN CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

Código: FOR-MIS-GRP-020

Versión: 004
Fecha de Aprobación: Febrero 2020

Información Personal del Titular

Tipo de Documento CC CE F TI P	Documento
Fecha de Nacimiento D D M M A A A A	Sexo F M
Primer Nombre	Segundo Nombre
Primer Apellido	Segundo Apellido
Dirección Correspondencia	Correo Electrónico
Departamento Residencia	Ciudad Residencia
Barrio Residencia	Teléfono
Celular	
Fecha de Radicación	

Seleccione el medio por el cual autoriza a FONCEP para dar respuesta a su solicitud:

1. Correo electrónico* ☐ 2. Dirección física ☐

FIRMA DEL SOLICITANTE
N° Documento: _____

HUELLA
ÍNDICE DERECHO

Artículo 44 de la Ley 100 de 1993:
"El estado de invalidez podrá revisarse por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada 3 años, para ***ratificar, modificar o dejar sin efectos*** *el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar…."*

DOCUMENTOS REQUERIDOS EN ESTA SOLICITUD:

1. Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
2. Fotocopia completa de la historia clínica actualizada.
3. Actualización de la dirección de notificación