

	<b>PROCESO: GESTIÓN DE SINIESTRO</b>	Código	MIS_5_4_5_FR04
		Versión	04
		Clasificación	Publica Clasificada
		Fecha	03/03/2020
<b>FORMATO AUTORIZACION PARA MODIFICACION DE RECONOCIMIENTO PENSIÓN DE INVALIDEZ DE RIESGOS LABORALES</b>			
Aprobó: <b>Sonia Esperanza Benitez Garzón</b> Gerente Indemnizaciones	Revisó: <b>Juan Pablo Giraldo</b> Lider SIG	Elaboró: <b>Zuanny Bello</b> 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 persisten.

**FIRMA:**

\_\_\_\_\_

Dirección de contacto del Afiliado:

Ciudad de contacto del Afiliado:

Teléfono de contacto del Afiliado:

Correo Electrónico Afiliado: