



● Barranquilla, _____ de _____

Señores

JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ

Cra 54 # 58 – 78 cons. 307 piso 1 centro medico 11 de noviembre

Tel 3491206

○ **REGIONAL BARRANQUILLA**

DESCRIPCION DE DOCUMENTOS ANEXOS:

2. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA REMITIDA

APELLIDOS _____ **NOMBRES** _____

DOCUMENTOS IDENTIDAD TIPO C.C _____ **TI** _____ **NUMERO** _____

● **ESPEDIDO EN** _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ **EDAD** _____ **AÑOS** _____

DIRECCION _____ **CIUDAD** _____ **TELEFONO** _____

TIPO DE VINCULACION AL SISTEMA

AFILIADO _____ **BENEFICIARIO** _____ **OTRO** _____

3. MOTIVO DE REMISION

SE REMITE PARA CALIFICACION DE INVALIDEZ SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA LEY 21 DE 1982 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS.

4. RESPONSABLE DE LA REMISION

NOMBRES Y APELLIDOS: VICENTE NICOLELLA CABALLERO

CARGO: JEFE DEPARTAMENTO DE APORTES Y SUBSDIO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 72.137.190

FIRMA _____