

SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES
ACUERDO NO. 048 DEL 2007 CSSMP

DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE VALORACION DE INVALIDEZ

1. DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE: _____
NUMERO DE CEDULA DE CUDADANIA: _____
DIRECCION : _____ CIUDAD _____

2. REQUISITOS QUE DEBE ANEXAR

- ❖ Fotocopia del carné de servicios médicos del afiliado vigente
- ❖ Fotocopia de la cedula de ciudadanía o contraseña del beneficiarios y el afiliado
- ❖ Resumen de la Historia Clínica del beneficiario elaborado por el Centro de atención y concepto actualizado
- ❖ Fotocopia del registro civil de nacimiento del beneficiario
- ❖ Constancia de estudio, si es del caso
- ❖ Manifestación por escrito con firma y cedula del afiliado sobre la dependencia económica del beneficiario

3. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

NOMBRE: _____
APELLIDOS: _____
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ EXPEDIDA: _____
FECHA DE NACIMIENTO DD / MM / AA EDAD _____ (AÑOS)
GENERO : M _____ F _____
DIRECCION: _____ BARRIO: _____
TELÉFONOS: _____ CIUDAD: _____

NOTA: LO ANTERIOR DEBERA SER ENTREGADO EN UNA CARPETA AZUL
TAMAÑO OFICIO.