



**Junta Regional de Calificación de Invalidez
de Bolívar, Córdoba y Sucre**



Solicitud de Calificación de Invalidez

FECHA DE SOLICITUD: DIA: MES: AÑO:

1. DATOS DE LA ENTIDAD REMITENTE

Nombre de la Entidad Remitente: _____
Tipo de Entidad: _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____
Teléfono: _____ **Fax.:** _____
Número de Folios: _____
Descripción de Documentos Anexos:

2. DATOS DE LA PERSONA REMITIDA:

Apellidos: _____
Nombres: _____
Documento de Identidad. Tipo C.C. ___ T.I. ___ C.E. ___ Número: _____
Expedido en: _____ **Edad:** ___ **Años, Género: M ___ F ___**
Fecha de Nacimiento: _____ **Ciudad:** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ -
Teléfonos: _____
Correo Electrónico: _____
Tipo de Vinculación al Sistema: Afiliado: ___, Beneficiario: ___, Otro: _____
Especifique: _____)

3. DATOS LABORALES DE LA PERSONA REMITIDA:

Nombre de la Empresa: _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____
Teléfono: _____ **Fax.:** _____
Actividad Económica de la Empresa: _____
Cargo Actual: _____

4. MOTIVO DE REMISION:

- Calificación del Grado de la Perdida de Capacidad Laboral
- Calificación de la Invalidez
- Calificación del Origen
- Revisión de la Calificación
- Otros

Especifique: _____

5. RESPONSABLES DE LA REMISIÓN

Nombres y Apellidos: _____
Cargo: _____
Documento de Identidad: _____
Firma:

Ciudad y Fecha. _____

Señores

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

PIE DE POPA CALLEJÓN LEQUERICA CRA. 21 # 29A - 72

Tel. 6567744

Cartagena.-

Respetados señores:

Por medio de la presente me permito dar autorización para que se sirva revisar toda la documentación aportada referente a mi Historia Clínica, para que se determine el grado de mi pérdida de capacidad laboral que se tramitará ante esta Junta.

Lo anterior de conformidad con el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 que estipula: “La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los caso previstos por la Ley”

Agradezco la atención prestada.

(FIRMAR)

NOMBRE: _____

C.C.: _____

DIRECCION ACTUAL: _____

BARRIO: _____

TELEFONO ACTUAL: _____

ARL _____ FONDO DE PENSIONES _____ E.P.S. _____



Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bolívar, Córdoba y Sucre



Solicitud de Calificación de Invalidez

LISTA DE CHEQUEO DE REQUERIMIENTOS PARA FISCALIA

Teniendo en cuenta la solicitud presentada y de conformidad con lo establecido por el Decreto 1072 de 26 de Mayo de 2015 en su Artículo 2.2.5.1.28, se establece que la información anexa al expediente a radicar debe estar compuesta por lo siguiente:

Requerimiento		
1	Autorización para revisar la historia clínica del paciente.	
2	Historia Clínica del afiliado, del pensionado por invalidez, o del posible beneficiario, según sea el caso, o resumen de la misma, en donde consten los antecedentes y el diagnóstico definitivo. Se debe presentar en medio físico, no electromagnético.	
3	Carta de solicitud dirigida a Esta Regional, donde se manifieste la finalidad y los motivos por los cuales solicita la calificación. (No se entrega Formato, debe realizarla)	
4	Formulario de solicitud de dictamen diligenciado	

Nota: Los exámenes requeridos en la presente Lista de Chequeo son de estricto cumplimiento de conformidad al Parágrafo 4° del Artículo 2.2.5.1.28 del Decreto 1072 de 2015: "...todos los exámenes de laboratorio, diagnóstico y tratamiento prescritos como factores de calificación principales y moduladores serán parte de los REQUISITOS OBLIGATORIOS conforme lo requiera y exija el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional..."

AT: Accidente de trabajo.
EL: Enfermedad Laboral.
NA: No aplica.
X: Se requiere.

Elvira Ladron de Guevara Vasquez
Directora Administrativa y Financiera
Junta Regional Bolívar, Sucre y Córdoba