



**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 Pérdida 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. \_\_\_\_\_

Además de lo anterior:

1. Fotocopia de cedula de ciudadanía del paciente y/o solicitante.

Consignar la suma de **\$ 1.000.000**, en el **BANCO AV VILLAS** Cuenta de Ahorros 821-274156, a nombre de **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, colocando el **NOMBRE Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN** de la persona a calificar

**Cualquier información adicional con gusto le atenderemos:**

**Preguntar por:**

**CORREO ELECTRÓNICO:** [recepcion@juntaregionalbol.com](mailto:recepcion@juntaregionalbol.com)

**DIRECCIÓN:** PIE DE LA POPA CRA. 21 # 29 A - 72.  
CARTAGENA - BOLÍVAR

Cartagena, \_\_\_\_\_

Señores

\_\_\_\_\_

Dir \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

REF.:

Respetados señores:

Por medio de la presente me dirijo a ustedes con el fin de informarles que me encuentro tramitando ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez, el estado de mi Perdida de Capacidad Laboral. Dicha calificación la solicito por los siguientes motivos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_

C.C. #

## INFORMACION IMPORTANTE

Se les informa a todos los usuarios que radiquen solicitudes de dictamen en los términos establecidos por el Decreto 1352 de 2013, Artículo Primero, Numeral Tercero, que una vez radicado el caso y consignados los honorarios, si se desiste de la calificación, la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE BOLIVAR** para efectuar la devolución del dinero, aplicará un descuento del 40% sobre el valor consignado por concepto de Gastos Administrativos, de conformidad a lo establecido por el Decreto 1352/2013.

ACEPTO,

\_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_



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



### Solicitud de Calificación de Invalidez

#### LISTA DE CHEQUEO DE REQUERIMIENTOS PARA PARTICIPAR

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		A
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	Carta del paciente dándole aviso a la entidad ante la cual pretende hacer valer el derecho, explicando los motivos por los cuales va a realizar la solicitud de calificación ante la junta. Necesario aportar constancia de recibido de dicha carta.	
5	Formulario de solicitud de dictamen diligenciado	
6	Recibo de consignación de honorarios a nombre de la Junta Regional de Calificación de Invalidez, en la cuenta de ahorros de la misma, en el Banco Av Villas, por valor de una Salario Mínimo Legal Mensual vigente.	
7	Copia de cédula del paciente	

**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