



**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. _____

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:

recepcion@juntaregionalbol.com

6581789 - 3004119791

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



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



Solicitud de Calificación de Invalidez

LISTA DE CHEQUEO DE REQUERIMIENTOS PARA PERITAZGO

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. | |
| 3 | Exámenes clínicos, evaluaciones técnicas y demás exámenes complementarios, administradora o empresa promotora de salud correspondiente. | |
| 4 | Piezas procesales: Demanda-auto admisorio de la demanda–contestación de la demanda-acta de audiencia. | |
| 5 | Auto del Juez donde se ordena el peritazgo. | |
| 6 | Formulario de solicitud de dictamen diligenciado por el Juzgado | |
| 7 | 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 un Salario Mínimo Legal Mensual vigente. | |
| 8 | Copia cedula 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
Junta Regional Bolívar, Sucre y Córdoba