



**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. _____

Decreto 1040 del 21 de junio 2022

Consignar la suma de \$ **99.999**, (03 días de salario mínimo mensual legal vigente SMMMLV) 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

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

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 solicito a ustedes realizar calificación a mi nombre, para efectos de reclamar los beneficios contemplados en el acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera.

Atentamente,

C.C.

Cartagena, _____

Señores

COLPENSIONES

Dir.

Ciudad.-

REF.: Carta de aviso, solicitud de calificación.

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. #

Cartagena, _____

Señores

MINISTERIO DE TRABAJO

Dir.

Ciudad.-

REF.: Carta de aviso, solicitud de calificación.

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. #



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



Solicitud de Calificación de Invalidez

LISTA DE CHEQUEO DE REQUERIMIENTOS PARA VÍCTIMAS

| Requerimiento | | A |
|---------------|---|---|
| 1 | Ser colombiano - Aportar copia Cédula de Ciudadanía | |
| 2 | Tener calidad de víctima del conflicto armado interno y estar incluido en el registro Registro Único de Víctimas - Aportar RUV. | |
| 3 | Resolución mediante el cual es inscrito en el RUV | |
| 4 | Declaración jurada ante entidad competente (notaria), donde indique que existe nexo causal entre el diagnóstico que presenta con actos violentos propios del conflicto armado interno (informar hechos). Que carece de requisitos para pensión y/o de posibilidad pensional. Que no percibe ingresos por ningún concepto y/o mensuales iguales o superiores a un (01) salario mínimo legal vigente. Por último indique, que no es beneficiario de subsidio, auxilio, beneficio o subvención económica periódica, ni otro tipo de ayuda para subsistencia por ser víctima. | |
| 5 | Autorización para revisar la historia clínica del paciente. (Formato anexo) | |
| 6 | 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. | |
| 7 | Carta de solicitud dirigida a Esta Regional, donde se manifieste la finalidad y los motivos por los cuales solicita la calificación. (Formato anexo) | |
| 8 | Carta del paciente dándole aviso a la entidad ante la cual pretende hacer valer el derecho (Colpensiones - Ministerio de Trabajo), explicando los motivos por los cuales va a realizar la solicitud de calificación ante la junta. Necesario aportar constancia de recibido de dicha carta. (Formato anexo) | |
| 9 | Formulario de solicitud de dictamen diligenciado. (Formato anexo) | |
| 10 | 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. | |

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