



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ D.C.
Reglamentada mediante Decreto 1072 de 2015 - Título 5**

FORMATO SOLICITUD DIRECTA DE CALIFICACIÓN

Artículos 29 y 55, Decreto 1352 de 2013
Artículos 2.2.1.5.25 y 2.2.5.1.53., Decreto 1072 de 2015

FAVOR DILIGENCIAR AMBAS CARAS DE LA HOJA

EL DICTAMEN QUE PROFIERA LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA BAJO ESTAS CAUSALES, DEBERÁ SER **NOTIFICADO A TODAS LAS PARTES LEGALMENTE INTERESADAS.**

ASÍ MISMO, CONTRA LA CALIFICACIÓN PROCEDERÁN LOS **RECURSOS DE REPOSICIÓN Y/O APELACIÓN** INTERPUESTOS POR CUALQUIERA DE LOS INTERESADOS DENTRO DE LOS 10 DÍAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN.

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre completo			
No. Documento		Tipo: Cédula _____ Tarjeta de Identidad _____ Registro Civil _____ Otro: _____	
Fecha de nacimiento: Día ___ Mes ___ Año _____		Edad: _____	Género: F ___ M ___
Teléfonos: Fijo: _____		Celular: _____	
Dirección de residencia:	Dirección: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____		
Dirección de correspondencia: debe haber alguien que firme el recibido	Dirección: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____		
ENTIDADES A LAS QUE ESTA AFILIADO EL PACIENTE:			
Entidad Promotora de Salud (EPS)	Administradora de Pensiones (AFP)	Administradora de Riesgos Laborales (ARL)	

CAUSALES PARA RECURRIR DE MANERA DIRECTA A LA JUNTA DE CALIFICACION

De conformidad con lo establecido en los Artículos 29 y 55, Decreto 1352 de 2013 y Artículos 2.2.1.5.25 y 2.2.5.1.53., Decreto 1072 de 2015, por favor marque con una X la razón por la cual recurre de manera directa ante la Junta Regional. Tenga en cuenta la prueba que debe adjuntar en cada caso, además de los soportes documentales que indiquen se solicitó calificación o se requirió iniciar trámite a la entidad de seguridad social correspondiente.

CAUSALES	Prueba que debe adjuntar a la solicitud
Han transcurrido treinta (30) días calendario después de terminado el proceso de rehabilitación integral y aún no ha sido calificado en primera oportunidad.	Documento del médico tratante que especifique la fecha en que el tratamiento culminó.
Han pasado quinientos cuarenta (540) días de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad y aún no ha sido calificado en primera oportunidad.	Historia clínica que constate la fecha en que ocurrió el accidente o fue diagnosticada la enfermedad.
Han pasado cinco (5) días hábiles siguientes a la manifestación de la inconformidad, y la entidad de seguridad social no remitió el caso ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez.	Escrito de inconformidad con sello de recibido de la entidad calificadora y evidencia de la fecha de notificación de la calificación en primera oportunidad.
Han pasado 30 días de la solicitud de revisión de la calificación por incapacidad permanente parcial y no ha sido calificado por la ARL.	Documento de solicitud de revisión de la calificación con sello de recibido de la entidad.

IMPORTANTE: En todo caso deberá aportar soportes documentales que indiquen se solicitó calificación o inicio del trámite a la entidad de seguridad social correspondiente.



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ D.C.
Reglamentada mediante Decreto 1072 de 2015 - Título 5**

CERTIFICACIÓN NO CALIFICACION PREVIA:

Yo (nombre del paciente o persona responsable, autorizado o apoderado*)
_____, Identificado(a) con CC No. _____,
bajo la gravedad de juramento, certifico que no he presentado solicitud de calificación ante ninguna otra Junta de Calificación de Invalidez por el mismo motivo o causa. En caso de contar con una calificación previa realizada por cualquier administradora o Junta, adjunto dicha calificación a la presente solicitud.

Firma _____

***En caso de no ser firmada la certificación por el paciente, favor adjuntar el poder o la autorización debidamente legalizada y/o el documento que faculta como curador del paciente a la persona que firma, caso en el cual deberá aportarse además: fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del curador o del autorizado, y tarjeta profesional del apoderado.**

REQUISITOS QUE SE DEBEN ANEXAR, DEBIDAMENTE LEGAJADOS Y FOLIADOS:

- a. Formato de solicitud **DIRECTA** de calificación, debidamente diligenciado.
- b. Fotocopia del documento de identidad del paciente, ampliada al 150%.
- c. Fotocopia de carta u oficio dándole aviso a su Entidad Promotora de Salud, Administradora de Riesgos Laborales y Entidad Administradora del Sistema General de Pensión sobre el trámite que va a iniciar en la Junta Regional invocando la causal respectiva.
- d. Recibo de consignación de los honorarios que genera la calificación (Artículo 2.2.5.1.16, del Decreto 1072 de 2015): Banco Colpatria, cuenta de ahorros No. 482202288 5, a nombre de la Junta de Invalidez Bogotá, por valor de un salario mínimo mensual vigente, que corresponda para el año en el que se presenta la solicitud de calificación. ***En el formato de consignación del banco, favor marcar la casilla denominada "RECAUDO EMPRESARIAL", con el fin de identificar contablemente el pago y en la Referencia 1, escribir el número del documento de identificación del paciente.***
- e. Fotocopia de la historia clínica completa del paciente, exámenes, pruebas diagnósticas y demás documentos que soporten el o los diagnósticos a calificar, su tratamiento y **estado actual (valoraciones recientes)**.
- f. Fotocopia de calificación previa (solo para casos en que se cuente con una calificación previa de cualquier Junta o administradora).
- g. La prueba exigida según la causal señalada, y los soportes documentales que indiquen se solicitó calificación o se requirió iniciar trámite a la entidad de seguridad social correspondiente.

NOTA 1: SUGERIMOS VERIFICAR LA JUNTA REGIONAL COMPETENTE SEGÚN SU LUGAR DE DOMICILIO ACORDE CON LA RESOLUCIÓN NO 4726 DE 2011.

NOTA 2: EN CASO DE DESISTIR DE LA CONTINUACION DEL PROCESO, EL PAGO DE HONORARIOS SERÁ DEVUELTO EN UN 60%, CONFORME CON LOS PREVISTO EN EL Artículo 2.2.5.1.31 Dec 1072/15.