



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

**FORMATO SOLICITUD PERSONAL DE CALIFICACIÓN**  
***FAVOR DILIGENCIAR AMBAS CARAS DE LA HOJA SEGÚN SU SOLICITUD***

**DATOS DEL PACIENTE:**

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

**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.**

**TRÁMITE PARA EL QUE REQUIERE LA CALIFICACIÓN.** Por favor marque con una X la opción que corresponde al trámite que requiere adelantar:

<b>Sustitución pensional.</b> Por favor registre a continuación el nombre y cédula de la persona que dejaría el beneficio al paciente:	
Nombre: _____	Cédula: _____
Reclamación de seguro (SOAT, Seguros de Vida).	
Condonación de deuda.	
Prueba anticipada (completar requisitos especificados en tabla No. 1 y aportar escrito aparte donde explique ampliamente los hechos que motivan la solicitud)	
Víctimas de conflicto armado (completar requisitos especificado en tabla No. 2)	



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

**DATOS DE LA ENTIDAD ANTE LA QUE SE HARÁ RECLAMACIÓN DE SEGURO, CONDONACIÓN O SUSTITUCIÓN:**

Nombre de la entidad		
Dirección de la entidad		Ciudad:
Teléfonos		

**Tabla No. 1. Prueba anticipada**

De conformidad con el numeral 3, del artículo 2.2.5.1.1 del Decreto 1072 de 2015 “*las personas que requieran dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos, deben demostrar el interés jurídico e indicar puntualmente la finalidad del dictamen, manifestando de igual forma cuáles son las demás partes interesadas, caso en el cual, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actuarán como peritos , y contra dichos conceptos **no procederán recursos...***” De acuerdo con lo anterior, por favor especifique:

Interés jurídico para solicitar la calificación	
Finalidad (uso) del dictamen	
Demás partes interesadas o afectadas con la calificación(Persona Jurídica o Natural contra quien se iniciará acción judicial o administrativa)	

**Tabla No. 2. Víctimas de conflicto armado**

1. Aportar el certificado de inclusión en el Registro Único de Víctimas (RUV).
2. Aportar historia clínica que acredite el nexo causal entre las patologías que presenta con los actos violentos propios del conflicto armado interno.
3. Conforme lo señala el Artículo 2.2.5.1.16 del Decreto 1072 de 2015 las Juntas deben percibir anticipadamente el equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente por cada dictamen solicitado.
4. Adicionalmente cumplir con los requisitos que se enuncian a continuación.

**REQUISITOS QUE SE DEBEN ANEXAR, DEBIDAMENTE LEGAJADOS Y FOLIADOS:**

- a. Formato de solicitud personal de calificación, debidamente diligenciado.
- b. Fotocopia del documento de identidad del paciente, ampliada al 150%.
- c. Copia con radicado, del oficio presentado ante las entidades aseguradoras involucradas en el trámite, mediante el cual se les informa sobre la solicitud de calificación ante esta Junta (**NO APLICA PARA PRUEBA ANTICIPADA, NI VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO**).
- 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).

**NOTA 1:** CUANDO LA JUNTA REGIONAL ACTÚA EN ESTOS CASOS (SUSTITUCIÓN PENSIONAL, RECLAMACIÓN DE SEGURO, CONDONACIÓN DE DEUDA Y PRUEBA ANTICIPADA), LO HACE EN CALIDAD DE PERITO Y CONFORME LO ESTABLE EL NUMERAL 3 DEL ARTÍCULO 2.2.5.1.1 DEL DECRETO 1072 DE 2015, **NO PROCEDE LA INTERPOSICIÓN DE RECURSOS.**

**NOTA 2:** LA CALIFICACIÓN OBEDECE A LO SEÑALADO EN LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN PROCEDENTES, RAZÓN POR LA CUAL EL HECHO DE QUE REALICE EL PAGO DE LOS HONORARIOS NO GARANTIZA QUE VA A OBTENER EL RESULTADO QUE PRETENDE.