



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

**FORMATO SOLICITUD DIRECTA DE CALIFICACIÓN**

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, **SERÁ 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.

**EN TODO CASO DEBERÁ** APORTAR SOPORTES DOCUMENTALES QUE INDIQUEN SE SOLICITÓ CALIFICACIÓN O INICIO DEL TRÁMITE ANTE LA ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL QUE LE CORRESPONDÍA LA CALIFICACIÓN (AGOTAMIENTO TRÁMITE PRIMERA OPORTUNIDAD).

**DATOS DEL PACIENTE:**

<b>Nombre completo:</b>			
<b>No. Documento:</b>		<b>Tipo (X):</b> Cédula _____ Tarjeta de Identidad _____ Registro Civil _____ Otro: _____	
<b>Fecha de nacimiento:</b> Día ___ Mes ___ Año _____		<b>Edad:</b> _____	<b>Género(X):</b> F__ M__
<b>Teléfonos:</b> Fijo(s): _____		Celular(es): _____	
<b>Correo electrónico:</b>			
<b>Dirección de residencia:</b>	Dirección: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____		
<b>Dirección de correspondencia:</b> donde alguien debe firmar 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)	

**CAUSAL PARA RECURRIR DE MANERA DIRECTA A LA JUNTA DE CALIFICACION**

De conformidad con lo establecido en los Artículos 2.2.1.5.25 y 2.2.5.1.53. del 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.

CAUSAL	Prueba necesaria que debe adjuntarse
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 Soporte de carta de notificación del dictamen donde conste la fecha de recibido.
Han pasado 30 días de la solicitud de revisión de la calificación por incapacidad permanente parcial y no ha sido calificado por la ARL o AFP.	Dictamen de calificación objeto de revisión.



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

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

***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 \_\_\_\_\_

**\*IMPORTANTE:** En caso de no ser firmada la certificación por el paciente, deberá adjuntar el poder o la autorización debidamente legalizada y/o el documento que faculte como curador del paciente a la persona que firma, además de copia de la fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del curador, autorizado o del abogado, este último además debe remitir copia de tarjeta profesional.

***REQUISITOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE A ESTE FORMATO,  
DEBIDAMENTE LEGAJADOS Y FOLIADOS:***  
*(Antes de radicar, verifique la Junta Regional competente según su lugar de domicilio)*

- a. Formato de solicitud **DIRECTA** de calificación, debidamente diligenciado.
- b. Fotocopia del documento de identidad del paciente, ampliada al 150%.
- c. Carta u oficio con constancia de recibido en la Entidad Promotora de Salud, Administradora de Riesgos Laborales y Entidad Administradora del Sistema General de Pensión, mediante el cual se avisa sobre el trámite que va a iniciar en la Junta Regional invocando la causal respectiva.
- d. Soportes documentales que indiquen se solicitó calificación o se requirió iniciar trámite a la entidad de seguridad social que le correspondía calificar, y si tiene, carta donde la misma niega la solicitud, también aportarla.
- e. 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.***
- f. 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**).
- g. Fotocopia de calificación previa (deberá aportarse necesariamente cuando se acude por la causal tercera y cuarta de la tabla, en los demás casos únicamente aportar si se cuenta con una calificación de cualquier Junta o entidad).
- h. La prueba exigida según la causal marcada.

**NOTA 1:** ANTES DE PRESENTAR SU SOLICITUD, DEBE VERIFICARSE 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.

**NOTA 3:** DEBE AGOTARSE EL TRÁMITE DE PRIMERA OPORTUNIDAD ANTE LAS ENTIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL, SI NO SE DOCUMENTA QUE HA PRESENTADO INICIALMENTE SU SOLICITUD ANTE LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE, SU PROCESO SERÁ DEVUELTO.