



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
DE BOGOTÁ DC Y CUNDINAMARCA**

Código:
REP-FT-02

FORMATO SOLICITUD DIRECTA DE CALIFICACIÓN

Versión: 01
AGO-2025

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.