



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
DE BOGOTÁ DC Y CUNDINAMARCA

Código:
REP-FT-02

FORMATO SOLICITUD PERSONAL DE CALIFICACIÓN

Versión: 02
SEP-2025

FAVOR DILIGENCIAR AMBAS CARAS DE LA HOJA SEGÚN SU SOLICITUD

DATOS DEL PACIENTE:

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

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.**

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

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

En caso de trámites para seguro, condonación o sustitución, deberá precisar los siguientes datos de la entidad ante la que se hará reclamación (si son varias entidades por favor anexar una hoja con los datos de todas ellas):

Nombre de la entidad	
Dirección y ciudad de la entidad	
Correo electrónico de la entidad	
Teléfono de la entidad	



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

Código:
REP-FT-02

FORMATO SOLICITUD PERSONAL DE CALIFICACIÓN

Versión: 02
SEP-2025

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...*” 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	<i>Persona Jurídica o Natural contra quien se iniciará acción judicial o administrativa</i>

Tabla No. 2. Víctimas de conflicto armado

Aportar el certificado de inclusión en el Registro Único de Víctimas (RUV).	Aportar historia clínica que acredite el nexo causal entre las patologías que presenta con los actos violentos propios del conflicto armado interno.
Aportar comprobante de pago correspondiente a tres -3- días de salario mínimo legal mensual vigente al año en que se radique solicitud. <i>Decreto 1040 del 21 junio 2022.</i>	Adicionalmente, debe cumplir con los requisitos que le apliquen según lo que a continuación (ver abajo) se enuncia.

**REQUISITOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE A ESTE FORMATO,
DEBIDAMENTE LEGAJADOS Y FOLIADOS:**

(Antes de radicar, verifique la Junta Regional competente según su lugar de domicilio)

- Formato de solicitud **PERSONAL** de calificación, debidamente diligenciado.
- Fotocopia del documento de identidad del paciente, ampliada al 150%.
- 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**).
- 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, en la Referencia 1 escribir el número del documento de identificación del paciente. (SOLO PARA VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO: PAGARAN EL VALOR CORRESPONDIENTE A TRES -3- DIAS DEL SMLMV. DEC. 1040 21 JUNIO 2022).**
- 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**).
- 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, LO HACE EN CALIDAD DE PERITO. LA SOLICITUD SE DEBERÁ PRESENTAR A LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ QUE LE CORRESPONDA SEGÚN SU JURISDICCIÓN, TENIENDO EN CUENTA LA CIUDAD DE RESIDENCIA DE LA PERSONA OBJETO DE DICTAMEN.

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.

NOTA 3: 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 DECRETO 1072/15.