



FORMULARIO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN		
Fecha de la Solicitud:		
DATOS DE LA ENTIDAD REMITENTE		
Nombre de la Entidad Remitente:		
Dirección:	Ciudad:	
Correo Electrónico: (campo obligatorio)		
Teléfono:	Número de Folios:	
Descripción de documentos anexos:		
DATOS PERSONALES DE LA PERSONA REMITIDA		
Apellidos:	Nombres:	
Tipo de Documento de Identidad:	Número:	
Expedido en:		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género:
Dirección:	Ciudad:	
Teléfono:	Celular:	
Correo electrónico: (campo obligatorio)		
Estado Civil:	Casado(a) () Soltero (a) () Unión Libre () Viudo (a) () Separado (a) ()	
Escolaridad:	Primaria () Secundaria () Universidad () Analfabeta () Otro ()	
DATOS LABORALES DE LA PERSONA REMITIDA (ACTUAL)		
Nombre de la Empresa:		
Dirección:	Ciudad:	
Teléfono:		
Correo electrónico:		
Cargo Actual:		
Actividad económica del empleador		
MOTIVO DE REMISION		
1		CALIFICACION DEL GRADO DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL
2		CALIFICACION DE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ
3		CALIFICACION DEL ORIGEN
4		REVISION DE LA CALIFICACION (APORTAR DICTAMEN PREVIO/ CALIFICACIÓN ANTERIOR)
5		OTRO - ESPECIFIQUE:
VINCULACIONES		
Entidad de seguridad o previsión social a que está afiliado actualmente Cotizante () Beneficiario ()		
EPS:		
ARL:		
FONDO DE PENSIONES:		
ASEGURADORA SEGURO PREVISIONAL:		
DESVINCULADO LABORALMENTE DESDE:		
CONSTANCIA		
Dejo constancia de que no he presentado solicitud de calificación ante ninguna otra Junta por el mismo motivo o causa.		
RESPONSABLE DE LA REMISION		
Nombre y apellidos:		
Documento de Identidad:		
Cargo:		
Correo Electrónico:		
No. Celular y/o teléfono de contacto:		



SOLICITUD PARTICULAR ANTE LA JUNTA

La calificación de forma particular, **únicamente podrá solicitarse ante la Junta Regional** para los siguientes casos, de conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 2.2.5.1.1. del Decreto 1072 de 2015:

- Reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos.
- Entidades bancarias o compañía de seguros.
- Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997.

En estas situaciones, las Juntas actúan como peritos.

REQUISITOS SOLICITUD PARTICULAR

1. Consignación por la suma de **\$1.300.000.00** a nombre de la Junta Regional De Calificación De Invalidez De Cauca, realizada en el banco **DAVIVIENDA** cuenta de ahorros N° **197000142970**.
2. Formulario debidamente diligenciado con letra clara y legible.
3. **Concepto de alta médica y/o mejoría médica máxima.**
4. Petición dirigida a la Junta Regional solicitando la valoración, determinando:
 - Si requiere calificación de un evento específico o calificación integral.
 - Demostrando el interés jurídico e informando puntualmente cual es la finalidad del dictamen (ejemplo: demanda, condonación de deuda, compañía de seguros, sustitución pensional).
 - Informar bajo la gravedad del juramento, si ha sido calificado anteriormente por alguna de las entidades del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP, JUNTAS REGIONALES). En caso afirmativo, aportar copia de la (s) calificación (es).
 - Manifestar cuales son las otras partes interesadas.
5. Copia de la cédula o documento de identidad.
6. Copia completa de la historia clínica **ACTUALIZADA** con conceptos y valoraciones de especialistas que soporten el diagnóstico motivo de calificación.
7. Reportes de medicina legal.
8. Si se requiere para condonación de deuda, anexar carta expedida por la entidad financiera donde solicita la valoración por la Junta Regional.
9. Registro civil de defunción, en el evento de requerirse para sustitución pensional o pensión de sobrevivientes.
10. Si actúa en representación de persona natural o jurídica aportar poder debidamente firmado, dirigido a esta junta facultándolo para actuar.
11. En caso de actuar como curador aportar copia de la sentencia de interdicción judicial y copia del documento de identidad del curador.

SOLICITUD POR AUTORIDAD JUDICIAL

Adicional a los requisitos para calificación particular, deberá anexarse:

- Oficio remitido del Despacho judicial.
- Copia de la demanda.
- Aclaración respecto a: evento, diagnóstico(s) y/o patología(s) requiere el Despacho se califique.

En los casos en que la junta regional de calificación de invalidez actúe como perito por orden de la Fiscalía General de la Nación, su gestión no generará honorario alguno.

SOLICITUD VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

Adicional a los requisitos para calificación particular, deberá anexarse:

- Demostrar el interés jurídico; para lo cual, deberá aportarse: copia del acto administrativo (Resolución) que demuestre la inclusión en el Registro Único de Víctimas -RUV- como víctima del conflicto armado.
- Aportar copia de la historia clínica que refleje los hechos en la fecha en que ocurrió el acto de violencia que causó la pérdida de capacidad laboral.
- Copia de los documentos que evidencien el nexo causal entre el acto de violencia suscitado en marco del conflicto armado interno y la pérdida de capacidad laboral.
- Consignación por la suma de **\$130.000.00** a nombre de la Junta Regional De Calificación De Invalidez De Cauca, realizada en el banco **DAVIVIENDA** cuenta de ahorros N° **197000142970**.

NOTA: El expediente deberá radicarse a través del correo electrónico: expedientes@juntacauca.com organizado en un solo formato PDF EN CARPETA COMPRIMIDA MARCADA CON NOMBRE Y CÉDULA DE LA PERSONA A CALIFICAR; igualmente, en el **ASUNTO DEL CORREO** deberá indicarse: el nombre de la persona a calificar y número de documentos de identificación.



INFORMACION COMPLEMENTARIA DE USUARIO
Primer Nombre
Segundo Nombre
Primer Apellido
Segundo apellido
tipo identificación
Identificación
Ciudad expedición
Fecha expedición
Celular
Teléfono
Correo
Dirección
Escolaridad
Estado Civil
Fecha Nacimiento
Genero
Numero Hijos
Grupo sanguíneo
Zona Residencia
Municipio Nacimiento
Municipio Residencia
Departamento Nacimiento
Departamento Residencia
EPS
ARL
AFP
Compañía Seguros
Estrato
Nivel Sisbén
Grupo atención
Discapacidad
Cargo
Tipo Usuario