



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE  
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA**  
NIT. 805012111-1

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

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

**Julieta Barco Llanos**  
Representante Legal  
Carrera 37 No. 6 - 28 Barrio Eucarístico, Santiago de Cali PBX: 602 5531020  
Cuenta Ahorros: **017300102021** Banco Davivienda  
Página web: [www.juntavalle.com](http://www.juntavalle.com) – Correo: [solicitudes@juntavalle.com](mailto:solicitudes@juntavalle.com)



**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE  
INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA  
NIT. 805012111-1**

Organismo del Sistema de la Seguridad Social, de creación legal, adscrita al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro.

**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 Del Valle Del Cauca, realizada en el banco **DAVIVIENDA** cuenta de ahorros N° **017300102021**. Debe utilizar el formato convenios empresariales (aportar copia legible).
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 (os) diagnóstico (s) 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 el evento 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 Del Valle Del Cauca, realizada en el banco **DAVIVIENDA** cuenta de ahorros N° **017300102021**. Debe utilizar el formato convenios empresariales (aportar copia legible).

**NOTA:**

El expediente deberá radicarse a través del correo electrónico: [expedientes@juntavalle.com](mailto:expedientes@juntavalle.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.

**Julieta Barco Llanos**  
Representante Legal

Carrera 37 No. 6 - 28 Barrio Eucarístico, Santiago de Cali PBX: 602 5531020  
Cuenta Ahorros: **017300102021** Banco Davivienda  
Página web: [www.juntavalle.com](http://www.juntavalle.com) – Correo: [solicitudes@juntavalle.com](mailto:solicitudes@juntavalle.com)