

**Respuesta requerimiento CARLOS ALBERTO MOLINA CEBALLOS - RAD. 17001-33-33-002-2018-00510-00**

Analista Junta Regional Caldas <Analista@juntacaldas.com>

Lun 26/08/2024 2:50 PM

Para: Juzgado 02 Administrativo - Caldas - Manizales <admin02ma@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 2 archivos adjuntos (504 KB)

Carlos Humberto Molina Ceballos.pdf; Formulario de Solicitud.docx;

No suele recibir correos electrónicos de analista@juntacaldas.com. [Por qué esto es importante](#)

Buenas tardes,

Adjunto envío respuesta a requerimiento

**RAD. 17001-33-33-002-2018-00510-00**

**Favor confirmar recibido**

Cordialmente.

Daniela López Monsalve

Analista

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE CALDAS

Tel/Fax.8850409.

Carrera 23 C # 64 A -10

Manizales

---

JRCI- 88491

Manizales, 26 de agosto de 2024.

Señora  
**JUEZ SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO**  
E.S.D

**Ref.** Proceso reparación directa

**Demandante:** CARLOS HUMBERTO MOLINA CEBALLOS Y OTRA  
**Demandado:** E.S.E HOSIPTAL SANTA SOFIA DE CALDAS Y OTROS  
**Radicado:** 17001 – 33-33-002-2018-00510-00

**Asunto:** Respuesta a oficio 1009 02 de agosto del 2024.

Atentamente, me dirijo a la señora Juez, a fin de dar respuesta a su requerimiento de la referencia, de efecto le informo que los requisitos para iniciar el trámite de calificación ante la Junta Regional son los siguientes:

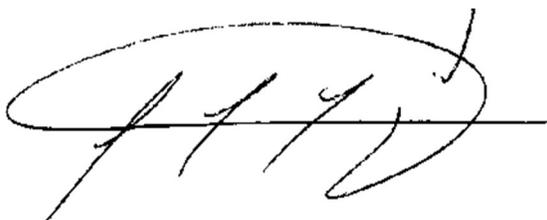
1. Diligenciar el formulario para la solicitud de calificación ante la Junta de Calificación de Invalidez, (se puede diligenciar en la secretaria de la Junta).
2. Consignar los honorarios anticipados, (artículo 2.2.5.1.16 del decreto 1072 de 2015), equivalentes a \$1.300.000 en la cuenta corriente No. 05995280374 de Bancolombia, convenio # 46495 a nombre de la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE CALDAS NIT No. 900.600.849-5.
3. Copia completa de la historia clínica de las diferentes instituciones prestadoras de Servicio de Salud, incluyendo de la historia clínica ocupacional, Entidades Promotoras de Salud, Medicina Prepagada o Médicos Generales o Especialistas que lo hayan atendido, que incluya información antes, durante y después del acto médico, parte de la información por ejemplo debe ser la versión de los hechos por parte del

---

usuario al momento de recibir la atención derivada del evento. En caso de muerte la historia clínica o epicrisis de acuerdo al caso.

4. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía al 150%.

De la señora juez.



**JOSE FERNANDO JIMENEZ VELEZ.**  
**SECRETARIO TÉCNICO REPRESENTANTE LEGAL**  
**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE CALDAS**



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN ANTE LAS JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ**

FECHA DE SOLICITUD

**1. DATOS DE LA ENTIDAD REMITENTE:**

NOMBRE DE ENTIDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS ANEXOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA A CALIFICAR:**

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO: CC \_\_\_ TI \_\_\_ CE \_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_

EXPEDIDO EN: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_ AÑOS GENERO: M \_\_\_ F \_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

**3. DATOS LABORALES DE LA PERSONA REMITIDA:**

NOMBRE DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_

CARGO ACTUAL \_\_\_\_\_

**4. MOTIVO DE REMISIÓN:**

CALIFICACIÓN DEL GRADO DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL

CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ

CALIFICACIÓN DEL ORIGEN

REVISIÓN DE LA CALIFICACIÓN

OTRO Especifique \_\_\_\_\_

**5. RESPONSABLE DE LA REMISIÓN:**

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_